Consiglio regionale della Calabria

DOSSIER

PL n. 202/10
di Iniziativa popolare recante:
"Riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale"
relatore: M. MIRABELLO;

DATI DELL'ITER	
NUMERO DEL REGISTRO DEI PROVVEDIMENTI	
DATA DI PRESENTAZIONE ALLA SEGRETERIA DELL'ASSEMBLEA	1/2/2017
DATA DI ASSEGNAZIONE ALLA COMMISSIONE	3/2/2017
COMUNICAZIONE IN CONSIGLIO	20/02/2017
SEDE	MERITO
PARERE PREVISTO	II Comm.
NUMERO ARTICOLI	

ultimo aggiornamento: 13/03/2019

Testo del Provvedimento

Proposta di legge n. 202/X pag. 4

"Riassetto istituzionale del Seervizio Sanitario regionale".

Normativa citata

D.G.P.R n. 18 del 22 ottobre 2010 pag. 8

"Approvazione delle tre reti assistenziali. G01 Ospedaliera; G.04 Emerhenza Urgenza; G 02 Territoriale "

Allegato n. 1 - DGPR n. 18/2010 pag. 14

"Il riordino della spesa ospedaliera"

Allegato n. 2 - DGPR n. 18/2010 pag. 96

"Il riordino della rete emergenza - urgenza"

Allegato n. 3 - DGPR n. 18/2010 pag. 122

"Il riordino della rete territoriale"

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pag. 154

"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 pag. 253

"Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 pag. 260

"Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera."

Legge regionale 12 novembre 1994, n. 26 pag. 290

"Istituzione delle Unità Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere"

Legge regionale 11 maggio 2007, n. 9 e s.m.i. pag. 292

"Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2007, art. 3, comma 4 della legge regionale n. 8/2002)".

Legge regionale 7 agosto 2002, n. 29 pag. 324

"Approvazione disposizioni normative collegate alla legge finanziaria regionale relative al Settore Sanità.(BUR n. 14 dell'1 agosto 2002, supplemento straordinario n. 7)"

Legge regionale 19 ottobre 2004, n. 25 - art. 39 pag. 332

"Statuto della Regione Calabria"

Sentenza Corte Costituzionale n. 278/2014 pag. 333

"Giudizio di legittimità costituzionale Art. 2, c. 83°, della legge 23/12/2009, n. 191; in via subordinata art. 8, c. 1°, della legge 05/06/2003, n.131; art. 1, c. 174°, della legge 30/12/2004, n. 311; art. 4 del decreto legge 01/10/2007, n. 159, convertito,con modificazioni, dall'art. 1, c. 1°, della legge 29/11/2007, n. 222; art. 2, c. 79°, 83° e 84°, della legge 23/12/2009, n. 191".

Normativa comparata

Legge regionale 24 febbraio 2005 , n. 40 (agg. 20/08/2018) - Toscana pag. 341

"Disciplina del servizio sanitario regionale ."

Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 -Lombardia pag. 457

"Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009,n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)"

D.G.R. 19 novembre 2014, n. 1-600 Piemonte pag. 482

"Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale".

DGR n. Piemonte pag. 481

"Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale"

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23 - Veneto pag. 521

"Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016."

- REGIONE CALABRIA -
PROPOSTA DI LEGGE REGIONALE D'INIZIATIVA POPOLARE

(ai sensi degli Artt. 39 e 40 Statuto regionale e della Legge Regionale 5 aprile 1983, n.13)

"Riassetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale"

PROPOSTA DI LEGGE 3^ COMM. CONSILIARE

N.ro 202/10^ 2^ COMM. CONSILIARE

Spazio riservato alla numerazione, vidimazione e datazione, ai sensi dell'art.5, L.R. 5 aprile 1983. n.13

VIDIMAZIONE

CONSIGLIO REGIONALE DELLA CALABRIA * SETTORE SEGRETERIA ASSEMBLEA E AFFARI GENERALI

Reggio Calabria,

Firma e timbro con qualifica e nome del funzionario

I sottoscritti cittadini calabresi, ai sensi dell'art. 39 dello Statuto della Regione Calabria, presentano la seguente proposta di legge:

RELAZIONE

Il presente disegno di legge è finalizzato ad armonizzare le disposizioni contenute nelle Leggi vigenti, in particolare nella Legge Regionale 12 Novembre 1994, n. 26, e nella Legge Regionale 11 Maggio 2007, n. 9 e s. m. i., con l'assetto territoriale determinato dal D.P.G.R. n. 18/2010.
Questo progetto di riordino del SSR prevede una diversa e più funzionale configurazione delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere regionali. Che attraverso un processo di scorporo Ospedale/Territorio, con la ridefinizione delle Aziende Sanitarie Provinciali e la conseguente riaggregazione, per funzioni assistenziali, di tutti i Presidi Ospedalieri insistenti nelle Aree Nord, Centro e Sud. In tal modo la Regione assicurerà, tramite le neocostituite Aziende Sanitarie Territoriali (AST), l'effettiva erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro e distrettuale, mentre le Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO) garantiranno le prestazioni di assistenza ospedaliera.
L'attuale assetto istituzionale delle Aziende Sanitarie Provinciali, articolate secondo gli ambiti provinciali (Cosenza, Catanzaro, Reggio Calabria, Crotone, Vibo Valentia), ai sensi dell'articolo 7 della Legge Regionale n. 9/2007 e s. m. i., attribuisce alle stesse competenze che spaziano dall'assistenza medica di base, all'assistenza specialistica ambulatoriale interna, alla pediatria di base, alla continuità assistenziale, all'Emergenza/Urgenza, alla Farmaceutica Territoriale, Ospedaliera e Convenzionata, all'Igiene Pubblica, alla Medicina Legale, alla Medicina del Lavoro, all'Igiene degli Alimenti, alla Medicina Veterinaria, all'assistenza consultoriale, all'assistenza psichiatrica, all'assistenza in favore dei tossicodipendenti, ai rapporti con le Strutture Private Accreditate, all'assistenza ospedaliera. Inoltre, l'attuale assetto istituzionale delle aziende crea una commistione disomogenea per quanto concerne i diversi ambiti assistenziali, ospedalieri e territoriali, con la dispersione di ingenti risorse umane, strutturali, tecnologiche ed economico/finanziarie, che provocano, di riverbero, una caduta sensibile dell'offerta assistenziale complessiva e creano inutili sovrastrutture burocratiche, senza escludere, inoltre, interminabili contenziosi di ordine contrattuale e legislativo, soprattutto per quanto attiene alla gestione delle risorse umane, artificiosamente distinte in ospedaliere e territoriali, con il che è impedito, di fatto, un interscambio, per mobilità, che gioverebbe maggiormente, in costanza di Piano di Rientro, alle articolazioni assistenziali ospedaliere e territoriali.
Il progetto di riassetto istituzionale del SSR prevede:
A) Azienda Sanitaria Territoriale Area Nord, che incorpora l'attuale Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e comprende i Comuni attualmente in essa inclusi;
B) Azienda Sanitaria Territoriale Area Centro, che incorpora le attuali Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro, Vibo Valentia e Crotone e comprende i Comuni in esse inclusi;
C) Azienda Sanitaria Territoriale Area Sud, che incorpora l'attuale Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria e comprende i Comuni in essa inclusi.
Il modello organizzativo delle Aziende Sanitarie Territoriali è di tipo dipartimentale. Il numero e la natura dei Dipartimenti sono previsti dagli Atti Aziendali di ciascuna AST.
Alle Aziende Sanitarie Territoriali sono attribuite le competenze di assistenza medico-generica, pediatrica, specialistica ambulatoriale interna, farmaceutica territoriale e convenzionata, di igiene pubblica, di medicina legale, di assistenza psichiatrica, consultoriale, di assistenza ai tossicodipendenti, di medicina del lavoro, di igiene degli alimenti, di medicina veterinaria, nonché le competenze relative ai rapporti giuridici ed economici con il privato accreditato, ex 8-quater del Decreto Legislativo n. 502/92, e s. m. i., con il quale sono stati stipulati gli accordi contrattuali ex 8- quinquies del Decreto Legislativo n. 502/92, e s. m. i., nonché ogni altra competenza in materia di assistenza sanitaria territoriale.
Analogamente, sono previste tre Aziende Sanitarie Ospedaliere (ASO):
A) Azienda Sanitaria Ospedaliera Area Nord, costituita dagli ospedali della città di Cosenza e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nella provincia di riferimento;
B) Azienda Sanitaria Ospedaliera Area Centro, costituita dagli ospedali della città di Catanzaro e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nella stessa area territoriale;
C) Azienda Sanitaria Ospedaliera Area Sud, costituita dagli ospedali della città di Reggio Calabria e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nella provincia di riferimento.
Resta confermata l'istituzione, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale 12 Novembre 1994, n. 26, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) "Mater Domini" di Catanzaro, già istituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 170 dell'8 Febbraio 1995, che nel nuovo assetto territoriale di cui alla presente Legge Regionale è compresa nell'Area Centro. I rapporti assistenziali e didattici tra il SSR e l'AOU "Mater Domini" sono regolati dal protocollo d'intesa di cui all'articolo 1 del Decreto Legislativo n. 517/99;
La rete ospedaliera è organizzata secondo il modello dipartimentale. Il numero, la natura e la regolamentazione dei Dipartimenti sono previsti dagli Atti Aziendali di ciascuna Azienda.
Nel rispetto del sistema classificatorio di cui al Decreto del Ministero della Salute del 02 Aprile 2015, n. 70, gli Ospedali saranno funzionalmente aggregati nel Presidio Unico Ospedaliero, con diversificazione delle articolazioni assistenziali. Per una migliore funzione assistenziale, il Servizio del 118 dovrà fare capo strutturalmente alle Aziende Ospedaliere e dipendere dalle medesime.
I Dipartimenti sono articolati in Unità Operative Complesse ed Unità Operative Semplici ed Unità Operative Semplici a valenza dipartimentale. Ciascun PUO (Presidio Unico Ospedaliero) deve prevedere un Direttore Medico di Direzione Sanitaria, con attribuzione delle funzioni igienico-organizzative nonché di ogni altra funzione prevista da specifiche norme legislative. A capo di ogni dipartimento ospedaliero è posto, ai sensi dell'articolo 17 del Decreto Legislativo n. 502/92 e s. m. i., un Direttore di Dipartimento, scelto tra i Direttori di Unità Operativa Complessa facenti capo al medesimo Dipartimento.
La presente proposta di Legge Regionale si compone di n. 3 articoli e, in ossequio all'articolo 39, comma 2, della Legge Regionale 19 Ottobre 2004, n. 25 e s. m. i., non si ritiene di presentare la relazione tecnico-finanziaria, in quanto essa non comporta nuovi o maggiori oneri di spesa a carico del bilancio regionale. Si evidenzia che, pur essendo la Regione Calabria sottoposta a Piano di Rientro dal debito del Settore Sanitario, i compiti di natura legislativa vanno attribuiti – ai sensi dell'articolo 121 della Costituzione, ribadito dalla Sentenza della Corte Costituzionale n. 278/2014 – al Consiglio Regionale, tenuto conto dei vincoli di cui all'articolo 117 della Costituzione, nella formulazione recata dalla Legge Costituzionale n. 3/2001 in tema di legislazione regionale, nonché delle disposizioni recate dalla Legge 05 Giugno 2003, n. 131.

ART. 1

Istituzione delle nuove Aziende del S.S.R.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale sono istituite, ai sensi dell'articolo 2 del Decreto Legislativo n. 502/92 e s. m. i., dell'assetto territoriale di cui al D.P.G.R. n. 18/2010 nonché del sistema classificatorio previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 02 Aprile 2015, n. 70, tre Aziende Sanitarie Territoriali (A.S.T.) e tre Aziende Sanitarie Ospedaliere (A.S.O.), come di seguito individuate.
-AREA NORD:
A) AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE AREA NORD, che include l'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza e i Comuni attualmente in essa inclusi;
B) AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA AREA NORD, costituita dagli ospedali della città di Cosenza e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nella provincia di riferimento.
-AREA CENTRO:
A) AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE AREA CENTRO, che include le Aziende Sanitarie Provinciali di Catanzaro, Vibo Valentia e Crotone, insieme ai Comuni attualmente in esse inclusi;
B) AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA AREA CENTRO, costituita dagli ospedali della città di Catanzaro e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nella stessa area territoriale.
-AREA SUD:
A) AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE AREA SUD, che include l'Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria e comprende i Comuni attualmente in essa inclusi;

B) AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA AREA SUD, costituita dagli ospedali della città di Reggio Calabria e da tutte le strutture ospedaliere insistenti nellà provincia di riferimento.
Resta confermata l'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro, già costituita con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, n. 170 dell'8 Febbraio 1995, la quale, nel nuovo assetto istituzionale, di cui alla presente Legge, è compresa nell'AREA CENTRO.
Le nuove Aziende del S.S.R. sono costituite, con atto formale della Giunta Regionale, entro il 30 Aprile 2017. A decorrere dal 01 Maggio 2017 prenderà avvio, sotto l'aspetto giuridico e gestionale, l'operatività delle Aziende neocostituite e, nel contempo, saranno giuridicamente soppresse le Aziende preesistenti ed estinta la loro personalità giuridica.
Le Aziende Sanitarie Territoriali e le Aziende Sanitarie Ospedaliere neocostituite subentreranno nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze alle Aziende soppresse e succederanno in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, di qualunque genere nonché nei rapporti patrimoniali, nella titolarità delle soppresse Aziende.
La Regione, con apposito provvedimento, da emanarsi entro il termine di 10 giorni dalla data di entrata in vigore della presente Legge, nomina un Commissario Liquidatore, per ciascuna delle preesistenti Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere, cui spetta il compito di disciplinare le modalità ed i criteri per l'assegnazione del personale alle neocostituite Aziende nel rispetto dei vincoli di natura contrattuale e legislativa nonché dei beni patrimoniali mobili ed immobili. Definisce, altresì, criteri e modalità di gestione delle attività e passività pregresse nonché le modalità per la gestione transitoria dei servizi di tesoreria. Tale incarico si dovrà concludere entro giorni novanta, decorrenti dalla data di formale conferimento dell'incarico stesso. Alla cessazione dell'incarico del Commissario Liquidatore, la Regione procederà alla nomina dei Direttori Generali.
Fino alla nomina dei Direttori Generali delle Aziende neocostituite, i Direttori Generali in carica possono adottare esclusivamente gli atti di ordinaria amministrazione, nonché gli atti urgenti ed indifferibili, con la specifica indicazione dei motivi di indifferibilità ed urgenza. Gli atti privi di tali requisiti sono nulli.
In attesa della costituzione dei nuovi Collegi Sindacali, le relative funzioni sono assicurate, in via transitoria, dai Collegi Sindacali in carica nelle soppresse Aziende Sanitarie Provinciali ed Ospedaliere. Tali Collegi decadranno a seguito della nomina dei Direttori Generali delle Aziende neocostituite.
I Direttori Generali delle neocostituite Aziende, entro novanta giorni dal loro insediamento, adottano l'Atto Aziendale, ai sensi dell'articolo 3, comma 1-bis, del Decreto Legislativo n. 502/92 e s. m. i..

ART.2

Disposizioni finali e transitorie

Con effetto dall'entrata in vigore della presente Legge, sono abrogati:
L'articolo 7 della Legge Regionale 11 Maggio 2007, n. 9, nel testo modificato dall'articolo 40 della Legge Regionale 23 Dicembre 2011, n. 43;
Gli articoli 1 e 2, commi 1 e 3, della Legge Regionale 12 Novembre 1994, n. 26;
L'articolo 20 della Legge Regionale 07 Agosto 2002, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni;
Con l'entrata in vigore della presente Legge, sono abrogate tutte le disposizioni in contrasto con essa.

ART.3

Entrata in vigore

La presente Legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria. E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e farla osservare quale Legge della Regione Calabria

Nel sottoscrivere la presente proposta di legge i sottoscritti firmatari sono informati ai sensi degli artt. 7 e 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e prestano il consenso al trattamento dei dati personali. Consentono altresì alla loro comunicazione e diffusione ai soggetti promotori ed aderenti alla presente proposta di legge regionale di iniziativa popolare, al Consiglio Regionale ed agli Uffici elettorali per le finalità inerenti alla presente iniziativa.

Nr.	COGNOME E NOME (scrivere in stampatello)	LUOGO E DATA DI NASCITA	COMUNE di iscrizione nelle liste elettorali / DOCUMENTO (tipo e numero)	FIRMA	Numero di iscrizione nelle liste elettorali (*)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Nr.	COGNOME E NOME (scrivere in stampatello)	LUOGO E DATA DI NASCITA	COMUNE di iscrizione nelle liste elettorali / DOCUMENTO (tipo e numero)	FIRMA	Numero di iscrizione nelle liste elettorali (*)
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Nr.	COGNOME E NOME (scrivere in stampatello)	LUOGO E DATA DI NASCITA	COMUNE di iscrizione nelle liste elettorali / DOCUMENTO (tipo e numero)	FIRMA	Numero di iscrizione nelle liste elettorali (*)
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					

AUTENTICAZIONE DELLE FIRME

Possono autenticare le firme: notaio, giudice di pace, cancelliere o collaboratore delle cancellerie delle corti d'appello, dei tribunali e degli uffici del giudice di pace, segretario delle Procure della Repubblica, presidente della provincia, sindaco, assessore comunale, assessore provinciale, presidente del consiglio comunale, presidente del consiglio provinciale, segretario comunale, segretario provinciale, funzionario incaricato dal sindaco, funzionario incaricato dal presidente della provincia, consigliere provinciale e comunale che abbiano comunicato la loro disponibilità rispettivamente al presidente della provincia ed al sindaco, ciascuno esclusivamente nell'ambito di competenza dell'ufficio cui appartiene.

Io sottoscritto (nome e cognome)_____(qualifica)_____

certifico che le nr._____(_____) firme apposte in mia presenza dai sottoscrittori avanti elencati e della cui identità personale sono certo, per conoscenza personale o previa verifica del documento, come a margine segnato, sono autentiche.

(Comune)_____(data)_____(timbro e firma per esteso)_____

CERTIFICAZIONE ELETTORALE

(spazio da compilarsi a cura degli Uffici elettorali del Comune competente)

COMUNE DI_____
Servizio elettorale

Il Sindaco certifica che i cittadini italiani avanti elencati sono iscritti nelle liste elettorali di questo Comune, al numero a fianco di ciascuno indicato.

(luogo e data)_____ IL SINDACO_____
(timbro e firma)

(*) questa colonna sarà compilata dagli Uffici del Comune competente.

REGIONE CALABRIA

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE
(nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

n. 18 del 22 ottobre 2010

OGGETTO: **APPROVAZIONE DELLE TRE RETI ASSISTENZIALI. G.01 OSPEDALIERA; G.04 EMERGENZA – URGENZA; G.02 TERRITORIALE.**

Il Dirigente di Settore
Dott. Gianluigi Scaffidi

Pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria n. _____ del _____

REGIONE CALABRIA

Il Presidente della Giunta regionale

(nella qualità di Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria nominato con delibera del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010)

PREMESSO che:

- la L. 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) al co. 180 dell'articolo unico, come modificato dall'ari 4, D.L. 14 marzo 2005, n. 35, convertito in L. 14 maggio 2005, n. 80, prevede in capo alle Regioni in squilibrio economico la necessità di procedere ad una ricognizione delle cause che lo determinano ed alla elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio;
- ai sensi della medesima norma i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal successivo comma 173;
- l'articolo 22, co. 4, del decreto-legge 1° luglio 2009 n. 78, convertito con modificazioni dalla L.3 agosto 2009 n. 102, ha stabilito, attesa la straordinaria necessità ed urgenza di tutelare, ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, e di assicurare il risanamento, il riequilibrio economico-finanziario e la riorganizzazione del sistema sanitario regionale della regione Calabria, anche sotto il profilo amministrativo e contabile, tenuto conto dei risultati delle verifiche del Comitato e del Tavolo, di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che la regione predisponga un Piano di rientro contenente misure di riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario regionale, da sottoscriversi con l'Accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e s.m.i;
- il Piano di rientro è stato approvato con delibera di Giunta Regionale n. 845 del 16 dicembre 2009 ad integrazione e modifica del documento adottato in precedenza dalla medesima regione con delibere n. 585 del 10 settembre 2009 e n. 752 del 18 novembre 2009;

VISTA la delibera di Giunta regionale n. 908 del 23.12.2009, avente ad oggetto: "Accordo per il piano di rientro del servizio sanitario regionale della Calabria ex art. 1, co. 180, L. 311/2004, sottoscritto tra il Ministro dell'economia e delle finanze, il Ministro della salute ed il Presidente della regione Calabria il 17 dicembre 2009 - Approvazione", successivamente integrata dalla D.G.R. n. 97 del 12/02/2010;

PRESO ATTO che l'art. 7, co. 5, dell'Accordo prevede che gli interventi individuati dal Piano e allegati all'Accordo "sono vincolanti, ai sensi dell'art. 1, co. 796, lettera b) della L. n. 296/2006, per la regione Calabria e le determinazioni in esso previste comportano effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla medesima regione Calabria in materia di programmazione sanitaria";

- che l'art. 2, co. 95, della L. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), prevede che "Gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro";

DATO ATTO che, ai sensi dell'art. 3 del sopra citato Accordo in materia di esecuzione del Piano di Rientro, è prevista:

- la funzione di affiancamento della regione per l'attuazione dello stesso, che è svolta da parte del Ministero della Salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria di cui all'art. 1 co. 288 della L. 23/12/2005 n. 266;
- la trasmissione ai Ministeri competenti, ai fini dell'acquisizione di un preventivo parere, dei provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria e, comunque, di tutti i provvedimenti di impatto sul servizio sanitario regionale;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 30 Luglio 2010 con la quale il Presidente *prò tempore* della Regione Calabria è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario ai sensi dell'ari. 4 del D.L. 01/10/2007 n. 159, convertito in legge con modificazioni dall'alt 1 L 29/11/2007 n. 222;

CONSIDERATO che ai sensi dell'art. 2, co. 83 della Legge n° 191/09 il Presidente della Regione nominato Commissario *ad acta* adotta tutte le misure indicate nel piano nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano;

DATO ATTO che la citata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 Luglio 2010 dispone la prosecuzione del Piano di rientro attraverso i programmi operativi del Commissario *ad acta,* diretti a dare attuazione alle linee di intervento già previste dal Piano di rientro, coerentemente con gli obiettivi finanziari programmati, sia nella dimensione finanziaria che nella tempistica di attuazione e tenuto conto delle specifiche prescrizioni e osservazioni già comunicate dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri adottata nella seduta del 4 agosto 2010, con la quale il Gen. Dott. Luciano Pezzi e il Dott. Giuseppe Navarria sono stati nominati *sub* commissari per l'attuazione del piano di rientro dei disavanzi del settore sanitario della Regione Calabria;

PRESO ATTO, altresì, che nella citata deliberazione del Consiglio dei Ministri 30 Luglio 2010 si elencano le linee di intervento da attuare con programmi operativi del Commissario *ad acta,* tra i quali al punto 2) è previsto il "Riassetto della rete ospedaliera con adeguati interventi per la dismissione/riconversione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia";

VISTI gli obiettivi generali di piano G.1 "Ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera", G.2 "Riorganizzazione della rete di assistenza territoriale" e G.4 "Qualificazione delle attività di emergenza-urgenza";

VISTI gli obiettivi specifici di piano S.1 "Riorganizzazione della rete ospedaliera" ed in particolare gli obiettivi S.1.1 "Disattivazione di 5 presidi per acuti equamente distribuiti nelle varie ASP e avvio dei lavori di riconversione dei medesimi 5 presidi"; S.1.2 "Identificazione e valutazione sull'opportunità di mantenere in esercizio dopo il 1 gennaio 2010 ulteriori 6 strutture ospedaliere pubbliche"; S.1.3 "Fissazione su scala regionale del fabbisogno di U.O.C., suddivise tra mediche e chirurgiche, da applicarsi nella ridefinizione della rete ospedaliera regionale"; S.1.4 "Adozione del Piano di riorganizzazione definitivo della rete di offerta ospedaliera"; S.1.5 "Prosecuzione dell'azione di chiusura/riconversione dei presidi e dei reparti non funzionali alla rete ospedaliera regionale in lungodegenza e riabilitazione, in punti di assistenza territoriale, in strutture residenziali, in case della salute entro 120 giorni dall'approvazione del Piano di riorganizzazione definitivo della rete di offerta ospedaliera"; S.1.7 Comunicazione verso i cittadini;

RICHIAMATA la D.G.R. del 2 Luglio 2010 n. 490 avente ad oggetto "Adempimenti di cui al Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR del 16 Dicembre 2009 n. 845 - Obiettivo specifico S.1 "Riorganizzazione della rete ospedaliera" con la quale si procedeva alla determinazione del fabbisogno dell'offerta ospedaliera secondo il documento allegato che fa parte integrante della stessa D.G.R.;

RICHIAMATA la D.G.R. del 2 Luglio 2010 n. 492 avente ad oggetto "Adempimenti di cui al Piano di rientro del Servizio Sanitario Regionale - DGR 16 dicembre 2009 n. 845- Obiettivo specifico S.12 "Riordino della funzione di emergenza-urgenza anche in relazione alla ridefinizione della rete ospedaliera", con la quale si procedeva all'individuazione della metodologia per il riordino della funzione di emergenza-urgenza sul territorio regionale secondo il documento allegato che fa parte integrante della stessa DGR;

VISTI i documenti allegati, che fanno parte integrante del presente decreto:

1) "Il riordino della rete ospedaliera", che sostituisce integralmente il documento allegato alla DGR 490/2010 (all. 1);

2) "Il riordino della rete emergenza/urgenza", che sostituisce integralmente il documento allegato alla DGR 492/2010 (all. 2);

3) "Il riordino della rete territoriale" (all. 3)

CONSIDERATO che occorre stabilire precisi tempi di realizzazione del riassetto del SSR derivante dall'attivazione delle nuove reti ospedaliera, territoriale e dell'emergenza-urgenza quali previste dai documenti allegati al presente decreto e di cui ne costituiscono parte integrante;

RITENUTO che entro 30 giorni dal parere del tavolo governativo interministeriale sul presente decreto i Commissari Straordinari delle Aziende debbano presentare un piano attuativo coerente con il riassetto delle tre reti di cui agli allegati documenti che definisca il riordino dell'ambito di loro competenza;

RITENUTO che il processo di riconversione degli ospedali individuati e specificati in allegato possa avvenire in due fasi e precisamente:

a) entro il 30 Marzo 2011 Ospedali di: Palmi, Taurianova, Siderno, Chiaravalle, Soriano, San Marco Argentano;

b) entro il 30 Marzo 2012 Ospedali di: Rogliano, San Giovanni in Fiore, Acri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a Mare, Lungro, Soveria Mannelli, Serra San Bruno, Scilla, Oppido Mamertina;

CONSIDERATO che è necessario un costante e continuo monitoraggio da parte del Dipartimento sugli atti dei Commissari Straordinari delle Aziende relativi all'attuazione del processo di riconversione;

RITENUTO che il Dipartimento debba anche offrire un supporto tecnico-metodologico in relazione all'attuazione dei provvedimenti di riconversione e che a tal fine è stato formalmente costituito uno specifico gruppo operativo coordinato dal dirigente del Dipartimento responsabile della gestione del Piano di rientro;

RITENUTO congruo un tempo massimo di 10 giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale per dare l'avvio ai processi di riconversione che dovranno concludersi, inderogabilmente, entro i termini di cui alle due già citate fasi e che dovranno rispettare, per ciò che riguarda la prima fase, le cadenze temporali previste dal cronoprogramma allegato (all. 4);

STABILITO che l'intero processo di riconversione deve essere gestito da un apposito gruppo operativo costituito in ogni Azienda secondo le direttive di uno specifico e successivo decreto del Commissario *ad acta;*

STABILITO che in caso di accertata inadempienza da parte dei Commissari Straordinari rispetto alla tempistica definita nel presente decreto il Commissario *ad acta* attiverà i poteri sostitutivi della Regione;

RIBADITO che il numero degli ospedali di zona montana, precisamente Acri, San Giovanni in fiore, Serra San Bruno e Soveria Mannelli, è immodificabile in quanto essi costituiscono una tipologia organizzativa il cui mantenimento è da valutare dopo il superamento della situazione di emergenza socio-sanitaria della Regione Calabria;

STABILITO che le attività chirurgiche nei presidi da riconvertire in prima fase debbano cessare entro cinque giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale;

STABILITO che al riordino della rete ospedaliera privata accreditata si procederà con successivo provvedimento;

STABILITO, altresì, che al riordino della rete laboratoristica pubblica e privata si procederà con successivo provvedimento

DECRETA

Per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

1. **DI APPROVARE** i documenti tecnici, di seguito elencati, di cui agli allegati 1, 2 e 3 che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto:
   - "Il riordino della rete ospedaliera" (all. 1)
   - "Il riordino della rete emergenza/urgenza" (all. 2)
   - "Il riordino della rete territoriale" (all. 3);
2. **DI STABILIRE** che entro 30 giorni dal parere del tavolo governativo interministeriale sul presente decreto i Commissari Straordinari delle Aziende presentino un piano attuativo coerente con il riassetto delle tre reti di cui agli allegati documenti che definisca il riordino dell'ambito di loro competenza;
3. **DI DISPORRE** che il processo di riconversione degli ospedali individuati e specificati in allegato avvenga in due fasi e precisamente:

   a) entro il 30 Marzo 2011 Ospedali di: Palmi, Taurianova, Siderno, Chiaravalle, Soriano, San Marco Argentano

   b) entro il 30 Marzo 2012 Ospedali di: Rogliano, San Giovanni in Fiore, Acri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a mare, Lungro, Soveria Mannelli, Serra San Bruno, Scilla, Oppido Mamertina;
4. **DI DISPORRE** che il Dipartimento garantisca un supporto tecnico-metodologico in relazione all'attuazione dei provvedimenti di riconversione attraverso l'attività dello specifico gruppo operativo all'uopo costituito e coordinato dal dirigente del Dipartimento responsabile della gestione del Piano di rientro;
5. **DI STABILIRE** che entro 10 giorni dal ricevimento del parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale venga dato avvio ai processi di riconversione che dovranno concludersi, inderogabilmente, entro i termini di cui alle due alle fasi sopraccitate nel rispetto delle cadenze temporali previste, per la prima fase di riconversione, dal cronoprogramma allegato (all. 4);
6. **DI APPROVARE** il cronoprogramma, di cui all'allegato 4 che costituisce parte integrante del presente atto;

7. **DI STABILIRE** che l'intero processo di riconversione sia gestito da un apposito gruppo operativo costituito in ogni Azienda secondo le direttive di uno specifico e successivo decreto del Commissario *ad acta*;
8. **DI STABILIRE**, in caso di accertata inadempienza del rispetto della tempistica definita nel presente decreto, l'attivazione, da parte del Commissario *ad acta*, dei poteri sostitutivi della Regione;
9. **DI RIBADIRE** che il numero degli ospedali di zona montana, precisamente Acri, San Giovanni in fiore, Serra San Bruno e Soveria Mannelli, è immodificabile in quanto essi costituiscono una tipologia organizzativa il cui mantenimento è da valutare dopo il superamento della situazione di emergenza socio-sanitaria della Regione Calabria;
10. **DI STABILIRE:**
    - che le attività chirurgiche nei presidi da riconvertire in prima fase cesseranno entro cinque giorni dal parere sul presente decreto da parte del tavolo governativo interministeriale;
    - che al riordino della rete ospedaliera privata accreditata si procederà con successivo provvedimento;
    - che al riordino della rete laboratoristica pubblica e privata si procederà con successivo provvedimento;
11. **DI STABILIRE** che il presente decreto è senza ritardo trasmesso a cura del Dipartimento "Tutela della Salute", agli interessati ed ai Ministeri competenti;
12. **DI PUBBLICARE** il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Calabria

I Sub Commissari

Dr. Giuseppe Navarria

Dr. Gen. Luciano Pezzi

(SCOPELLITI)

All. 1

REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete ospedaliera

13 ottobre 2010

Indice

Introduzione **4**

Il consumo e la produzione di prestazioni ospedaliere **5**

Analisi per area geografica 9

Definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere 11

Applicazione per Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) 15

Fabbisogno di posti letto ospedalieri **17**

Situazione attuale dei posti letto 17

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto 18

Definizione della rete ospedaliera **20**

Numero di posti letto per disciplina 26

Posti letto normalizzati per specialità 27

L'articolazione dei posti letto per area geografica 31

Proposta di articolazione di strutture organizzative 32

Considerazione a livello di presidi ospedalieri 37

Considerazioni a livello di specialità 39

Proposta di articolazione di funzioni pubbliche nella rete ospedaliera 47

L'attivazione della rete ospedaliera **54**

Allegati

Allegato 1 - Standard nazionali sulla rete ospedaliera 55

Estratto dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 55

Estratto dell'Intesa 3 dicembre 2009 (Patto della Salute 2010-2012) 56

Allegato 2 - Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute 58

Allegato 3 - Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui al DPCM 29 novembre 2001 (definizione dei LEA) 62

Allegato 4 - Indirizzi dalla rete di emergenza 66

Allegato 5 - Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato) 67

Allegato 6 - Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto 73

Allegato 7 - Tabella sul ruolo del presidio pubblico all'interno del sistema di emergenza 76

Allegato 8 - Articolazione di strutture organizzative per specialità e Azienda sanitaria 80

Allegato 9 - Carta geografica con le strutture ospedaliera 82

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Introduzione

Durante la stesura del "Piano di riqualificazione e riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1 comma 180 della Legge 13 dicembre 2004 n. 311" DGR 585 del 10/9/2009 e successive modifiche ed integrazioni (comunemente chiamato il piano di rientro) è emerso che la mancanza di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera calabrese ha comportato gravi inefficienze ed inappropriatezze nell'utilizzo delle risorse con conseguente non governabilità dei costi e con evidenti riflessi sui livelli di assistenza garantiti alla popolazione.

La sanità ha fatto grandi progressi negli ultimi anni dando origine alla necessità di una profonda ristrutturazione delle reti di offerta, con diverso riequilibrio tra attività e risorse dedicate all'assistenza ospedaliera e a quella territoriale. L'ospedale deve diventare la sede in grado di offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, mentre i piccoli ospedali dovranno essere riconvertiti in strutture territoriali più flessibili ed adeguate per rispondere in modo armonico e coordinato ai diversi fabbisogni d'assistenza della popolazione.

Anche il sistema di emergenza-urgenza richiede un rigoroso processo di riorganizzazione, sia in ambito territoriale che ospedaliero, al fine di garantire una risposta rapida e tempestiva, una diagnosi corretta e un valido trattamento in ragione del fabbisogno di assistenze della persona.

È necessario integrare le tre reti: ospedaliera, territoriale e di emergenza-urgenza e superare la schematica e tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera e assistenza extraospedaliera. Il presente documento intende sviluppare la prima di queste reti cercando di dare una risposta ai seguenti temi:

1. Qual è il numero di ricoveri appropriati a tendere della regione e quale è il metodo per distribuire questi ricoveri nelle ASP e nelle altre strutture erogatrici?
2. Qual è il numero di posti letto corrispondente?
3. Qual è il numero di strutture complesse necessarie a garantire la produzione e dove devono essere collocate?

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Il consumo e la produzione di prestazioni ospedaliere

Il consumo attuale di prestazioni ospedaliere

Le analisi dei dati della produzione 2008 (dati SDO) relativi alla Regione Calabria evidenziano la seguente situazione complessiva di ricoveri (sono inclusi i neonati sani).

Figura 1: Produzione di ricoveri 2008 in Calabria nelle strutture pubbliche e private accreditate

	Pubblica		Privata		Totale	
Acuzie	307.912	99%	81.893	94%	389.805	98%
Postacuzie	2.446	1%	5.305	6%	7.751	2%
Totale	**310.358**	**100%**	**87.198**	**100%**	**397.556**	**100%**
	78%		22%		100%	

Nei dati riportati nella Figura 1 è inclusa la mobilità attiva, così come illustrato nella Figura 2.

Figura 2: Mobilità attiva di ricoveri 2008 Calabria

	Pubblica		Privata		Totale	
Acuzie	9.174	99%	2.984	95%	12.158	98%
Postacuzie	67	1%	150	5%	217	2%
Totale	9.241	100%	3.134	100%	12.375	100%
	75%		25%		100%	

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Le persone residenti in Calabria hanno, nello stesso anno, fruito di prestazioni di ricovero in altre regioni come segue:

Figura 3: Mobilità passiva 2008 Calabria

	Totale	
Acuzie	62.599	95%
Postacuzie	3.139	5%
Totale	65.738	100%

La Figura 4 mostra la distribuzione della mobilità passiva nelle altre regioni; le prime cinque regioni assorbono quasi i tre quarti di tutta la mobilità passiva.

Figura 4: Mobilità passiva 2008 Calabria per regione di erogazione

Regione	Totale	%	% Progressiva
LAZIO	11.909	18%	18%
SICILIA	11.376	17%	35%
LOMBARDIA	11.291	17%	53%
EMILIA-ROMAGNA	7.086	11%	63%
TOSCANA	5.814	9%	72%
PUGLIA	3.793	6%	78%
PIEMONTE	2.713	4%	82%
CAMPANIA	2.596	4%	86%
BASILICATA	2.561	4%	90%
VENETO	2.100	3%	93%
LIGURIA	1.983	3%	96%
UMBRIA	949	1%	98%
ABRUZZO	379	1%	98%
MARCHE	314	0%	99%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Regione	Totale	%	% Progressiva
MOLISE	277	0%	99%
FRIULI-VENEZIA GIULIA	249	0%	99%
BOLZANO	109	0%	100%
TRENTO	105	0%	100%
VALLE D'AOSTA	82	0%	100%
SARDEGNA	52	0%	100%
Totale	**65.738**	**100%**	

Il consumo complessivo dei residenti è riportato nella tabella che segue.

Figura 5: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 (ordinari e diurni) dei residenti in Calabria

						Popolazione (1/1/2009 ISTAT)
	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		2.008.709
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi	%	Tasso per mille abitanti
Acuzie	389.805	12.158	62.599	440.246	98%	219
Postacuzie	7.751	217	3.139	10.673	2%	5
Totale	**397.556**	**12.375**	**65.738**	**450.919**	**100%**	**224**
	88%	3%	15%	100%		
Tasso	198	6	33	224		

Il tasso di ospedalizzazione sopra riportato (che comprende la mobilità passiva) deve essere confrontato con gli obiettivi individuati a livello nazionale e condivisi in sede di Conferenza Stato-Regioni. A questo proposito va ricordato che l'Intesa del 23 marzo 2005 prevedeva un tasso di

ospedalizzazione di 180 ricoveri per mille abitanti, di cui il 20% per ricoveri diurni, e uno standard di dotazione media regionale pari a 4,5 PL per mille abitanti (allegato 1). In seguito, il Patto della Salute 2010-2012, siglato in data 3 dicembre 2009, ha ridefinito gli standard, prevedendo una dotazione media regionale di 4,0 PL complessivi per mille abitanti, di cui il 0,7 dedicato alla lungodegenza e alla riabilitazione post-acuzie. Il nuovo Patto per la salute non ha fornito indicazioni sul tasso di ospedalizzazione (pur segnalato, all'art. 2, comma 2, lettera d. come grandezza da monitorare, nell'ambito degli indicatori di efficienza ed appropriatezza). A livello nazionale è in discussione una proposta volta a calcolare il tasso di ospedalizzazione tenendo conto della demografia della popolazione nonché di altri obiettivi nazionali (ad esempio il trasferimento di una serie di prestazioni dalle sedi ospedaliere a quelle ambulatoriali, come indicato nell'allegato A del Patto per la Salute 2010-2012). Considerando che la popolazione della Regione Calabria è più giovane rispetto alla media italiana, l'obiettivo del tasso di 180 ricoveri per mille abitanti residenti, ricalcolato sulla base della struttura della popolazione calabrese sarebbe riconducibile, rispetto alla media italiana, ad un valore di circa 160/170 ricoveri per mille abitanti, a cui si potrebbe far corrispondere anche una riduzione dello standard dei posti letto.

Esiste quindi un fabbisogno totale di prestazioni ospedaliere per i residenti nella regione di 450.000 ricoveri di cui il 15 % è soddisfatto da strutture di altre regioni. Questa mobilità passiva esiste da molti anni ed è, quindi, da considerare consolidata. Il Patto della Salute 2010-2012 effettua, rispetto alla mobilità interregionale, alcune scelte importanti: indica esplicitamente che negli standard della rete ospedaliera non è compresa la quota di posti letto dedicati, in via prevalente o esclusiva, ai pazienti provenienti da altre Regioni (art. 6, comma 4, dell'Intesa Stato-Regioni 3 dicembre 2009). Inoltre prevede (art. 19) l'adozione di specifici Accordi **tra Regioni confinanti** per disciplinare la mobilità sanitaria, come strumento essenziale di governo della domanda.

Rispetto alla mobilità passiva, va evidenziato che quattro su cinque delle regioni in cui i calabresi si recano maggiormente per essere ricoverati non sono confinanti ma sono regioni del centro – nord. La riduzione del tasso di mobilità passiva richiede la riorganizzazione della rete assistenziale complessiva nonché altri strumenti di gestione (eventualmente si potrebbero anche stipulare accordi interregionali in quest'ambito). La parte della mobilità causata anche dalla mancanza di fiducia nel proprio sistema sanitario richiede, per cambiare, l'implementazione di profondi interventi strutturali e organizzativi.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Il presente piano di riorganizzazione della rete ospedaliera si articola in un arco temporale espresso di tre anni (2010 - 2012). In sanità i cambiamenti dipendono spesso da interventi strutturali che possono essere realizzati in alcuni anni mentre la costruzione di nuovi ospedali richiede di norma anche dieci anni. Il grande sforzo da compiere in questo arco di tempo è fornire una risposta territoriale nonché una risposta appropriata ai ricoveri non appropriati che oggi vengono effettuati dal sistema ospedaliero calabrese. Con la riconversione dei piccoli ospedali in presidi territoriali e con il rafforzamento e la riqualificazione della rete ospedaliera appropriata sarà, successivamente, possibile recuperare progressivamente la mobilità passiva. Quest'ultimo obiettivo potrà quindi essere affrontato alla fine dell'attuale periodo. Se la Regione Calabria oggi si ponesse come obiettivo primario il recupero della mobilità passiva questo comporterebbe solo la posticipazione delle decisioni necessarie per la razionalizzazione delle strutture ospedaliere e della relativa attivazione di un corretto equilibrio tra i livelli assistenziali. Si è anche analizzata l' ipotesi che la mobilità passiva sarebbe composta principalmente da giovani residenti in Calabria ma domiciliati in altre regioni. I dati 2008 evidenziano, però, che le persone tra 18 a 35 anni rappresentano la stessa percentuale (15%) sia della mobilità passiva che della produzione regionale.

Analisi per area geografica

La struttura geografica della regione e l'articolazione delle aziende ospedaliere motivano l'analisi del consumo di ricoveri in tre grande aree, ciascuna con una popolazione di almeno mezzo milione di abitanti: Nord, composta dalla provincia di Cosenza; Centro, composta dalle ASP di Catanzaro, Vibo Valentia e Crotone; Sud, composta dall'ASP di Reggio Calabria che include l'ex ASL di Locri. I dati sul tasso di ospedalizzazione delle tre aree risultano dalle tabelle seguenti (al netto di alcuni ricoveri non riconducibili alle aziende sanitarie):

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 6: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Nord

						Popolazione
	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		733.508
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		Tasso per mille abitanti
Acuzie	134.872	5.005	22.472	152.339	97%	208
Postacuzie	3.701	94	966	4.573	3%	6
Totale	**138.573**	**5.099**	**23.438**	**156.912**	**100%**	**214**
	88%	3%	15%	100%		
Tasso	189	7	32	214		

Figura 7: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Centro (Crotone, Catanzaro e Vibo Valentia)

						Popolazione
	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		708.694
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		Tasso per mille abitanti
Acuzie	150.217	4.344	18.649	164.522	98%	232
Postacuzie	2.962	97	1.093	3.958	2%	6
Totale	**153.179**	**4.441**	**19.742**	**168.480**	**100%**	**238**
	91%	3%	12%	100%		
Tasso	216	6	28	238		

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 8: Calcolo di consumo di ricoveri 2008 dei residenti calabresi dell'area Sud (provincia di Reggio Calabria)

						Popolazione
	(1)	(2)	(3)	(4)=1-2+3		566.507
	Produzione strutture pubbliche e private	Mobilità attiva	Mobilità passiva	Totale ricoveri dei calabresi		Tasso per mille abitanti
Acuzie	104.542	2.809	21.478	123.211	98%	217
Postacuzie	1.088	26	1.080	2.142	2%	4
Totale	**105.630**	**2.835**	**22.558**	**125.353**	**100%**	**221**
	84%	2%	18%	100%		
Tasso	186	5	40	221		

Il tasso di ospedalizzazione è alto in tutte le aree con il valore maggiore nell'area centrale. La mobilità passiva varia tra 28 e 40 ricoveri per mille ed è un fenomeno costante anche nell'area centrale dove esistono due aziende ospedaliere.

Definizione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere

L'articolo 6 del Patto della Salute 2010-2012 prevede una razionalizzazione della rete ospedaliera ottenuta attraverso l'incremento dell'appropriatezza dei ricoveri, e con la promozione del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare per cui i ricoveri saranno volti a casi importanti a cui si fornirà un'assistenza altamente qualificata. Nel comma 5 dello stesso articolo si prevede l'estensione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza, con passaggio da 43 DRG , di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, alle liste contenute negli elenchi A e B allegati allo stesso Patto della Salute. Le Regioni dovranno, a tal fine, stabilire i valori soglia entro cui ammettere i ricoveri ordinari; prevedere le tariffe da attribuire alle prestazioni e definire le misure da adottare per le prestazioni extrasoglia.

Gli indirizzi sopra indicati comportano l'esigenza di una riprogettazione organizzativa assistenziale come già previsto dal Piano di Rientro (punto 6 della DRG 585/2009), finalizzata allo sviluppo progressivo di risposte che privilegino altri livelli assistenziali sia presso l'ospedale (l'osservazione breve, il day service, i percorsi ambulatoriali complessi nei day service, le prestazioni ambulatoriali), sia in sede territoriale (strutture residenziali e semiresidenziali, case della salute, ospedali di comunità) ed, infine, presso il domicilio del paziente (vari tipi di assistenza domiciliare, sulla base di quanto previsto dal documento della Commissione LEA del 2006 sulla caratterizzazione delle cure domiciliari).

Pertanto nel triennio si prevede l'obiettivo per le Aziende ospedaliere, per i presidi a gestione diretta, per l'INRCA e per tutte le strutture private accreditate, della riduzione di ricoveri in regime ordinario e del trasferimento degli stessi in parte a regime diurno e in parte a regime ambulatoriale e territoriale secondo le indicazioni di seguito riportate.

a. In complesso, a livello regionale, si prevede che i **ricoveri ordinari chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute 2010-2012 siano trasferiti in regime diurno nelle percentuali per singolo DRG indicato nell'allegato 2 del presente atto. Per questi ricoveri si sono utilizzate, come bench-mark, le strutture calabresi migliori. La percentuale è stata calcolata per singolo DRG su un bench-mark degli erogatori calabresi, pubblici e privati, che forniscono almeno un terzo della produzione regionale. Il valore scelto appartiene all'erogatore **meno performante** di ciascun DRG. Le percentuali di Ricovero ordinario sono misurate per i DRG, per i quali sono già state definite delle prestazioni ambulatoriali, sull'insieme di ricoveri e sulle corrispondenti prestazioni ambulatoriali.

   L'effetto complessivo atteso è una riduzione di 6.600 ricoveri ordinari (con 25.000 giornate di degenza) sostituti da ricoveri diurni. Per i DRG 006 (Decompressione del tunnel carpale) e 039 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia) è, inoltre, previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale. Questa percentuale è stata ipotizzata per permettere ai pazienti con maggior bisogno di assistenza di continuare a fruire della prestazione in forma di ricovero.

b. Il percorso per giungere ad una situazione appropriata per i **ricoveri ordinari non chirurgici** afferenti all'allegato B del Patto della Salute è più articolato. Confrontando l'incidenza sulla popolazione di questi DRG con le regioni che non sono nel piano di rientro e

che hanno uno sviluppo diffuso dell'assistenza territoriale è evidente che la maggior parte della differenza del tasso di ospedalizzazione rispetto alla Regione Calabria riguarda proprio questo tipo di ricoveri. L'utilizzo del ricovero in ospedale è quindi un modo per soddisfare un fabbisogno di cura che altre regioni affrontano con altri livelli assistenziali. Il concetto di "appropriatezza organizzativa" è la scelta del livello assistenziale corretto e meno costoso per ciascun tipo di fabbisogno di cura. Le variazioni tra le ASP all'interno della Regione sono anche sensibili e possono essere lette come differenze di altre risposte ad un fabbisogno degli assistiti. Sono considerati ricoveri appropriati quelli con un tasso di ricovero, per ciascuna ASP e DRG, inferiore o eguale al valore medio delle regioni di riferimento.

Nell'allegato 3 si evidenzia che, nel 2008, il fabbisogno (espresso) dei DRG non chirurgici indicati nel Patto della Salute era circa 140.000 ricoveri che rispondono ad un tasso di ospedalizzazione di circa 70 ricoveri per mille abitanti. Nella tabella sono anche indicati i valori di riferimento delle regioni di riferimento.

La Regione Calabria, nell'ambito degli impegni assunti con il Piano di rientro dal disavanzo sanitario, ha bisogno di compiere uno sforzo notevole per raggiungere una risposta sanitaria appropriata e, quindi, pervenire all'equilibrio di bilancio. Si ritiene, di conseguenza, corretto porre un obiettivo che miri ad un forte livello di miglioramento dell'efficienza produttiva, anche in termini di tasso di ospedalizzazione, tenendo conto di quello delle altre regioni di riferimento (la Regione Friuli Venezia Giulia, per esempio, si avvicina al tasso di 150 ricoveri per mille abitanti residenti).

c. Si ritiene, inoltre, possibile trasferire l'80% delle prestazioni di chemioterapia (DRG 410) in regime ambulatoriale (con relativa documentazione del consumo di farmaci nel file F), mantenendo la parte restante in ricovero ospedaliero per i soggetti particolarmente fragili.

d. Recentemente sono stati pubblicati dal Ministero della Salute alcuni indicatori di qualità per il sistema sanitario regionale. Alcuni indicatori riguardano il tasso di ospedalizzazione di alcune patologie che dovrebbero essere curate a livello territoriale. Alcune di esse (BPCO e Diabete) sono già incluse tra i DRG dell'allegato B; per una patologia (lo Scompenso) la Calabria evidenzia il più alto tasso di ospedalizzazione di tutte le regioni italiane. Si è, di conseguenza, deciso di includere anche questa patologia nella metodologia d'appropriatezza spostando al livello territoriale il tasso di ricovero per ASP maggiore del valore delle regioni bench-mark.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

e. La rete ospedaliera è oggi utilizzata per ricoveri non appropriati di lungodegenza. Sono considerati non appropriati l'ottanta percento dei ricoveri ordinari non chirurgici effettuati in discipline mediche di persone da 65 anni in su e con degenza eguale o superiore a dodici giorni.

f. La regione Calabria, negli ultimi anni, ha effettuato una riconversione della rete psichiatrica spostando gli assistiti da ricoveri ospedalieri in strutture territoriali. I dati utilizzati per l'appropriatezza (anno 2008) contengono ancora una serie di strutture in fase di conversione. I ricoveri presso queste strutture sono stati eliminati in quanto per la quasi totalità non appropriati.

Il tasso di ricoveri ospedalieri per mille abitanti si riduce a seguito di questi interventi come risulta dalla tabella seguente:

Figura 9: Produzione appropriata (2008) (incl neonati)

Popolazione	2.008.709			
	Acuzie	Postacuzie	Totale produzione	
Totale produzione regionale rilevata	**389.805**	**7.751**	**397.556**	
a. Ricoveri ordinari chirurgici LEA	12.174		12.174	
b. Ricoveri non chirurgici LEA	65.580		65.580	
c. Chemioterapia	7.751		7.751	
d. Scompenso età 50-74 anni	1.716		1.716	
e. Lungodegenza in medicina età 65+anni	8.515		8.515	
f. Conversione psichiatria privata	1.365	744	2.109	
Arrotondamenti	55	0	55	
Produzione appropriata	**292.649**	**7.007**	**299.656**	
Mobilità attiva appropriata	11.563	210	11.773	**Tasso osp**
Produzione per i propri residenti	**281.086**	**6.797**	**287.883**	143
Mobilità passiva	62.599	3.139	65.738	33
Totale consumo dei calabresi	**343.685**	**9.936**	**353.621**	176

Il numero di ricoveri da produrre dalle strutture calabresi (pubbliche e private accreditate) è, di conseguenza, circa 300.000. Il tasso di ospedalizzazione relativo, inclusa la mobilità passiva, è di 176 ricoveri annui per mille residenti, dato compatibile con le linee di indirizzo nazionali. Attraverso il rafforzamento della risposta territoriale e la relativa presa in carico dei pazienti è anche possibile affrontare l'appropriatezza della mobilità passiva attraverso lo strumento di Accordi di confine accennato precedentemente. L'entità del possibile recupero di appropriatezza è di circa dieci mila ricoveri corrispondenti ad un tasso di ospedalizzazione di circa 5 ricoveri per mille abitanti (il tasso di ospedalizzazione complessivo scenderebbe a 171 ricoveri per mille abitanti).

L'articolazione della produzione appropriata della regione Calabria per tipologia di erogatore risulta dalla tabella seguente:

Figura 10: Produzione appropriata 2008 delle strutture calabresi (incl. neonati sani)

	Pubblica	%	Privata	%	Totale	%
Acuzie	229.063	99%	63.586	93%	292.649	98%
Postacuzie	2.446	1%	4.561	7%	7.007	2%
Totale	**231.509**	**100%**	**68.147**	**100%**	**299.656**	100%
	77%		23%		100%	

Confrontando la tabella 10 con la tabella 1 si evidenzia una riduzione della produzione di ricoveri di circa 98.000 unità (25%) di cui il 25% riguarda gli erogatori pubblici e il 22% quelli privati.

Applicazione per Azienda Sanitaria Provinciale (ASP)

La riduzione dei ricoveri come sopra prospettato rappresenta un obiettivo regionale. Lo sforzo di portare tale riduzione alla singola ASP comporta, da un lato, l'attivazione di prestazioni territoriali appropriate e, dall'altra, l'attivazione dell'analisi congiunta tra l'ASP e i soggetti erogatori, con la relativa definizione di percorsi e protocolli utili per il raggiungimento degli obiettivi. Il tipo di risposta territoriale per ciascun paziente dipende dalla patologia, dal DRG e dalle condizioni complessive della persona (età, situazione familiare, eventuali concomitanze ecc..) ed è sviluppato

nello studio per la riorganizzazione della Rete Territoriale ad integrazione del piano di riordino della Rete Ospedaliera.

La riduzione dei ricoveri e delle prestazioni non appropriate di Pronto soccorso (codici bianchi e, in parte, codici verdi) presso le strutture pubbliche sono un presupposto per la concentrazione e la ricostruzione della rete ospedaliera pubblica. Riducendo i ricoveri non appropriati è possibile utilizzare le Aziende ospedaliere, gli HUB ed i centri Spoke per i ricoveri appropriati che già prima essi erogavano e per i pazienti provenienti dai piccoli ospedali da convertire (per gli indirizzi della rete di emergenza vedere allegato 4).

La riduzione dei ricoveri non appropriati presso le strutture private è già prevista dal Piano di rientro in cui il budget delle Case di cura è stato ridotto in modo congruo.

Fabbisogno di posti letto ospedalieri

Situazione attuale dei posti letto

La Regione Calabria presenta, oggi, una dotazione di posti letto di 7.576 unità al netto delle culle / posti nido e dei detenuti; in particolare il 90% è dedicato alle attività per acuzie e la restante parte alla riabilitazione ed alla lungodegenza. Nella tabella seguente si riporta il dettaglio dei posti letto delle strutture pubbliche e private accreditate e nell'allegato 5 è indicato il dato per singolo presidio.

Figura 11: Posti letto attualmente (fine 2009) presenti nelle strutture calabresi

					Popolazione		2.008.709
	Pubblico		Privato		Totale		PL per mille abitanti
Acuzie	5.024	96%	1.796	76%	**6.820**	90%	3,4
Postacuzie	186	4%	570	24%	**756**	10%	0,38
Totale	**5.210**	**100%**	**2.366**	**100%**	**7.576**	**100%**	**3,77**
	69%		31%		100%		

Nota1. Nelle strutture private è inclusa La Fondazione Campanella con 73 PL per acuzie.

Nota2. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Nota 3. Nei posti letto sopra non sono inclusi i posti di dialisi e le poltrone odontoiatriche

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

La suddivisione per provincia è la seguente:

Figura 12: Analisi dei PL attuali per area geografica

Area	Nord	Centro				Sud	Totale
Popolazione	733.508	173.370	367.990	167.334	708.694	566.507	**2.008.709**
Codice ASP/ASL	201	202	203	204	Totale	205	**Totale**
Provincia	COSENZA	CROTONE	CATANZARO	VIBO VALENTIA		REGGIO CALABRIA	
Pubblica	1.924	399	1.254	283	1.936	1.350	**5.210**
Privata	887	440	446	36	922	557	**2.366**
Totale	**2.811**	**839**	**1.700**	**319**	**2.858**	**1.907**	**7.576**
Tasso per mille ab	3,84	4,84	4,62	1,91	4,03	3,37	**3,77**
% PL pubblici	68%	48%	74%	89%	68%	71%	**69%**

Nota1. Nelle strutture private è inclusa La Fondazione Campanella con 73 PL per acuzie.

Nota2. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

All'interno della regione esiste uno squilibrio dell'offerta in funzione della presenza, nella provincia di Catanzaro, di due aziende ospedaliere e, nella provincia di Crotone, di molte case di cura. Il tasso di 3,77 posti letto per mille abitanti sembrerebbe, a prima vista, coincide con il limite nazionale del 4,0 posti letto per mille abitanti. Bisogna, però, prendere in considerazioni due fattori specifici per la Regione Calabria. La sua popolazione è più giovane rispetto alla media nazionale, fatto che comporterebbe una riduzione dei posti letto di circa 5% e la mobilità passiva, che è un fattore consolidato, corrispondente ad una ulteriore riduzione di circa 15% dei posti letto. Il tasso programmatico corretto del periodo è, di conseguenza, circa 3,2 PL per mille abitanti.

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto

Le analisi dei dati di produzione 2008 (dati SDO) evidenziano che, a fronte di **7.576 posti letto esistenti**, il **fabbisogno complessivo** appropriato di posti letto è di circa 6.395 unità corrispondenti a circa 3,2 P.L. per 1000 abitanti. Tale fabbisogno è legato agli interventi di

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

appropriatezza clinica, organizzativa e di efficienza del processo produttivo già descritto ed è compatibile con il tasso programmatico corretto indicato sopra.

Figura 13: Fabbisogno di posti letto per ricoveri appropriati

					Popolazione		2.008.709
	Pubblico		Privato		Totale		PL per mille ab.
Acuzie	4.031	84%	1.000	64%	**5.031**	79%	2,5
Postacuzie	794	16%	570	36%	**1.364**	21%	0,7
Totale	**4.825**	**100%**	**1.570**	**100%**	**6.395**	**100%**	**3,2**
	75%		25%		100%		

Nota 1. I posti letto sono al netto delle culle del nido (specialità 31) e i PL di detenuti (specialità 97)

Nota 2. Nei posti letto sopra non sono inclusi i posti di dialisi e poltrone odontoiatriche

Nel dettaglio, la metodologia per definire il fabbisogno appropriato di posti letto ha applicato i criteri riportati di seguito.

Per le acuzie:

- sono stati utilizzati i ricoveri appropriati prodotti dalle strutture della regione secondo la procedura già descritta; non è previsto, in questa fase, un recupero della mobilità passiva in quanto non realizzabile nel periodo in esame; è, però, stato introdotto un correttivo per il rischio della tempistica di conversione;
- sono stati applicati i tassi di occupazione medi, eguali per i produttori pubblici e privati, (vedere allegato 6) differenziati tra ricoveri ordinari e diurni;

Per le postacuzie

- sono stati utilizzati i posti letti attivati a fine 2009;
- è stato incrementato il numero fino al raggiungimento di un tasso di 0,7 PL per mille abitanti (0,5 PL per mille abitanti per riabilitazione, codice 56 e 75, e 0,2 PL per mille abitanti per lungodegenza postacuzie, codice 60), da utilizzare per il rafforzamento dell'offerta pubblica in questo settore.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Definizione della rete ospedaliera

Nel disegno della rete ospedaliera bisogna tenere conto di una serie di requisiti determinanti per una buona sanità:

- l'integrazione della rete ospedaliera con **la rete dell'emergenza-urgenza** che richiede dai presidi una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità delle prestazioni per i gravi infortunati (vedere allegato 4); la regione, nella DGR 919 del 9 dicembre 2008, ha approvato la rete regionale per l'assistenza al paziente critico, sulla base del modello "Hub e Spoke". L'attuale proposta di Rete di emergenza distingue i presidi in cinque gruppi come evidenziato nell'allegato 7;
- le **caratteristiche dimensionali** della rete ospedaliera esistente permettono soltanto ad alcuni presidi pubblici di raggiungere una dimensione ottimale per un ospedale generale che svolga un ruolo all'interno della rete di emergenza (tendenzialmente maggiore di 120 PL);
- la regione con la DGR 740 del 4 novembre 2009 ha approvato gli indirizzi per lo sviluppo di una rete regionale delle Case della salute.

È necessario tenere conto di questi requisiti per un'ulteriore indicazione per la razionalizzazione complessiva della rete ospedaliera:

- le rispettive riduzioni di posti letto dovranno essere concentrate nelle strutture minori affinché la riorganizzazione si accompagni a miglioramenti dell'efficienza e a riduzioni effettive della spesa. Non ha infatti alcun senso "spalmare" tali riduzioni su tutte le strutture ospedaliere regionali;

Le indicazioni sopra evidenziate hanno permesso alcune considerazioni:

- il processo di appropriatezza, togliendo ricoveri inappropriati agli ospedali, libera presso gli stessi una capacità produttiva che può essere utilizzata per ristrutturare la rete ospedaliera. Il primo gruppo di ospedali destinato a costituire la rete ospedaliera futura è composto dai presidi classificati come HUB, SPOKE e Ospedale Generale, riduce complessivamente i ricoveri ordinari e diurni, di circa 65 mila unità. Il totale dei ricoveri provenienti dagli erogatori da riconvertire in Ospedali di zona montana (vedere allegato

7) e Ospedali Distrettuali, è circa 14 mila. Pertanto resta ancora una capacità di assorbire altri 50 mila ricoveri. Con l'eventuale riserva dei criteri di accreditamento sarà anche possibile dislocare una buona parte dell'incremento dell'attività di postacuzie. La proposta di rete ospedaliera comporta, quindi, l'erogazione di prestazioni presso strutture in grado di garantire la sicurezza e la qualità di cura relativa nonché una riconversione effettiva delle altre strutture per l'attività territoriale di cui la regione Calabria ha un fabbisogno notevole;

- la riduzione dei ricoveri a seguito del ricalcolo sopradescritto comporta la possibilità di una ridistribuzione delle discipline;
- nell'ambito delle Aziende Ospedaliere (AO) è apparsa una criticità: l'erogazione di prestazioni di ricovero dell'AO universitaria Mater Domini (Cz) è ridotta rispetto ai posti letto presenti. Al fine di garantire l'attività di didattica e la ricerca, si propone di integrare le strutture dell'altra azienda ospedaliera di Catanzaro, Pugliese Caccio, al fine di permettere una razionalizzazione dei posti letto senza penalizzare la ricerca e la didattica.

A seguito dell'applicazione dei criteri sopra citati, la nuova rete ospedaliera risulta composta di diciassette ospedali regionali e di un ospedale universitario per le acuzie (figura 14), quattro Ospedali di zona montana (vedere allegato 7) e tre strutture specializzate in riabilitazione (figura 15).

Figura 14: Riassunto della proposta di strutture della rete ospedaliera

Popolazione	733.508	708.694	566.507	2.008.709
Area geografica	**Nord**	**Centro**	**Sud**	**Totale**
HUB	1	1+1 (univ)	1	3 +1 (univ)
Spoke	5 (nota 1 e 2)	3	2	10
Ospedale generale		2	2 (nota 3)	4
Totale	**6**	**6+1**	**5**	**17+1**
INRCA	1			1
Totale generale	**7**	**6 +1(univ)**	**5**	**18 +1(univ)**

Nota 1: I presidi Cetraro e Paola saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 2: I presidi Rossano e Corigliano Calabro saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 3: Il presidio di Gioia Tauro, presidio di base, dovrà essere rafforzato con alcune funzioni aggiuntive per l'emergenza come completamento del presidio di Polistena in attesa della realizzazione dell'ospedale della Piana.

Figura 15: Presidi da convertire in altri tipi di strutture

Area geografica	Nord	Centro	Sud	Totale
N° strutture convertite in Ospedali di zona montana	2	2		4
N° strutture convertite in Ospedali Distrettuali	6	2	5	13
N° strutture convertite in Ospedali di Riabilitazione	1			1

Il dettaglio delle conversioni risulta dalle tre tabelle successive in cui si evidenzia:

- nella prima colonna i ricoveri effettivi per acuzie nel 2008 per tutte le strutture pubbliche;
- nella seconda colonna i relativi ricoveri appropriati;
- nella terza colonna lo spostamento dei ricoveri appropriati dai presidi da convertire ai presidi rimasti nella rete (il numero non è suddiviso per struttura in quanto compito dell'analisi successiva dell'ASP);
- nella quarta colonna i posti letto effettivi per acuzie alla fine del 2009 per tutte le strutture pubbliche;
- nella quinta colonna i posti letto normalizzati per i ricoveri appropriati;
- nella sesta colonna lo spostamento dei posti letto per i ricoveri appropriati dai presidi da convertire ai presidi rimasti nella rete (il numero non è suddiviso per struttura in quanto compito dell'analisi successiva dell'ASP).

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 16: Conversione ospedaliera area Sud

			Acuzie					
			Ricoveri			Posti letto		
Rete	Cod	Comune	Effettivi (2008)	Normalizzati	Proposti	Effettivi (2009)	Normalizzati	Proposti
HUB	180915	REGGIO DI CALABRIA	39.337	28.076		580	516	
SPOKE	180059	LOCRI	18.235	12.917		338	219	
	180061	POLISTENA	8.505	7.514		126	131	
OSP. GEN.	180062	MELITO DI PORTO SALVO	4.797	3.821		115	63	
	180068	GIOIA TAURO	2.217	1.761		32	23	
		Totale	73.091	54.089	58.793	1.191	952	1.027
OSP. DISTR.	180063	OPPIDO MAMERTINA	1.397	948		22	11	
	180067	SCILLA	671	426		45	15	
	180069	SIDERNO	602	322		22	17	
	180060	PALMI	2.030	1.562		20	19	
	180064	TAURIANOVA	2.460	1.446		18	13	
		Totale	7.160	4.704	0	127	75	0
Totale			80.251	58.793	58.793	1.318	1.027	1.027

I ricoveri dei piccoli presidi convertiti sarranno effettuati negli altri presidi della rete.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 17: Conversione ospedaliera area Centro

			Acuzie					
			Ricoveri			Posti letto		
RETE	Cod	Comune	Effettivi (2008)	Appro-priati	Proposti	Effettivi (2009)	Appro-priati	Proposti
HUB	180913	Pugliese Ciaccio	38.587	29.046		579	547	
	180914	Mater Domini (*)	11.154	7.078		158	111	
SPOKE	180032	CROTONE	19.899	14.570		399	286	
	180033	LAMEZIA TERME	17.020	12.986		281	225	
	180034	VIBO VALENTIA	10.100	7.839		142	134	
OSP. GEN.	180035	TROPEA	4.744	2.935		65	37	
	180055	SOVERATO	5.519	4.587		90	71	
		Totale	107.023	79.041	85.701	1.714	1.411	1.475
Osp. zona Montana	180040	SOVERIA MANNELLI	3.012	2.196		102	39	20
	180057	SERRA SAN BRUNO	3.403	2.209		52	29	20
OSP. DISTR.	180041	CHIARAVALLE CENTRALE	1.018	793		28	14	
	180056	SORIANO CALABRO	2.209	1.462		4	22	
Totale			9.642	6.660	0	186	104	40
Totale complessivo			116.665	85.701	85.701	1.900	1.515	1.515

I ricoveri dei piccoli presidi riconvertiti saranno effettuati principalmente dagli altri presidi della rete.
** Mater Domini è integrata con Pugliese Caccio per alcune funzioni di supporto alla rete di emergenza.*

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 18: Conversione ospedaliera area Nord

			Acuzie						
			Ricoveri			Posti letto			
Rete	Cod	Comune	Effettivi (2008)	Normalizzati	Proposti	Effettivi (2008)	Effettivi (2009)	Normalizzati	Proposti
HUB	180912	COSENZA	34.688	26.844		697	607	594	
SPOKE	180004	ROSSANO	7.656	5.769		145	143	92	
	180005	CETRARO	6.492	5.046		123	114	91	
	180006	CASTROVILLARI	10.919	7.723		146	141	124	
	180003	CORIGLIANO CALABRO	7.388	5.465		156	128	100	
	180007	PAOLA	5.909	4.380		121	96	86	
		Totale	73.052	55.227	76.358	1.388	1.229	1.087	1.410
Osp zona montana	180011	ACRI	3.936	3.047			81	65	20
	180015	SAN GIOVANNI IN FIORE	2.887	2.115			83	33	20
OSP. DISTR.	180008	PRAIA A MARE	5.385	3.716			80	69	
	180009	LUNGRO	1.163	800			33	19	
	180013	MORMANNO	2.182	1.530			13	14	
	180014	CARIATI	3.850	2.768			62	43	
	180016	TREBISACCE	4.167	3.101			67	50	
	180079	SAN MARCO ARGENTANO	2.420	1.656			36	19	
	180912	ROGLIANO	3.203	2.398			50	51	
		Totale	29.193	21.131	0	0	505	363	40
n/a	180916	INRCA	1.699	1.197	1.197		72	39	39
Totale complessivo			103.944	77.555	77.555		1.806	1.489	1.489

I ricoveri dei piccoli presidi da riconvertire saranno per la maggior pare effettuati dagli altri presidi della rete.

Nella DGR 585 del 10/9/2009 sono state individuate circa venti strutture da disattivare come ospedali per acuti per destinarle a funzioni di postacuzie (Riabilitazione, codice 56 e Lungodegenza, codice 60) e a strutture territoriali. La presente proposta individuano tre strutture per le postacuzie, quattro di Ospedale di zona montana (vedere allegato 7) e undici strutture da riconvertire in Ospedali distrettuali. La differenza rispetto a prima dipende, da un lato, dalla disponibilità di spazio per attivare dei posti letto di postacuzie nelle strutture di acuzie con produzione appropriata e, dall'altro, dalla necessità di presidi per acuti all'interno della rete di emergenza-urgenza.

La destinazione dei presidi da riconvertire sarà definita dal Piano di riorganizzazione della Rete Territoriale. Il Piano Regionale per la salute 2004-2006 aveva già identificato alcune funzioni territoriali da attivare e/o rafforzare tra cui l'Ospedale di comunità, le Residenze sanitarie ad elevata medicalizzazione (RSA-M), le Residenze sanitarie (RSA) e le Case protette. I primi due tipi (Ospedale di comunità e RSA-M) garantiscono una degenza limitata (da 20 a 60 GG) e saranno riportati, nell'ambito del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, alle categorie previste dal

documento della Commissione LEA del 2007 sulla residenzialità. Gli stessi possono rispondere, in modo più efficace a molti bisogni assistenziali essendo buoni sostituti di diversi ricoveri ospedalieri non appropriati. È previsto un supporto medico composto principalmente dai MMG, eventualmente integrati da medici del Distretto ed un carico assistenziale più limitato rispetto al ricovero ospedaliero. Il ruolo del MMG deve essere definito all'interno dell'applicazione integrativa regionale del contratto nazionale del 2010. La DGR 740 del 4 novembre 2009, con l'attivazione del piano per la riconversione di presidi in Case della salute, contribuisce alla valorizzazione dei servizi territoriali e socio-sanitari del distretto.

Numero di posti letto per disciplina

La rete ospedaliera è sottoposta a tutti i vincoli strutturali dei presidi esistenti; ai tempi necessari per ogni intervento strutturale nonché alla possibilità di attivare in tempi brevi la rete di emergenza e la rete territoriale.

Il numero di posti letto corrispondente al percorso di appropriatezza dei ricoveri descritto precedentemente permette una riduzione della capacità produttiva per le discipline interessate. Come già evidenziato, non è possibile, nei tempi previsti dal piano, ampliare in modo significativo la capacità per le discipline poco rappresentate nella regione. Tuttavia sono stati introdotti alcuni correttivi in incremento di alcune specialità.

Alcune **discipline sono rare** in quanto riguardano malattie che per diffusione sono poco presenti sul territorio. La necessità di offrire una buona qualità di prestazioni porta ad una concentrazione in poche sedi sul territorio con un grande bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiochirurgia, ecc.. Normalmente esse trovano posto in una o più AO oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti.

Altre discipline sono di **media diffusione** e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica.

Le discipline ad **alta ed altissima diffusione** sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Come già evidenziato in precedenza, nella determinazione del numero di posti letto non si pone un obbiettivo di recupero della mobilità passiva. I posti letto per acuti individuati sono, di conseguenza, quelli che sono compatibili con i circa 282.000 ricoveri per acuti appropriati per la propria popolazione e per residenti di altre regioni curati nella regione Calabria. A questi si aggiungono i posti letto per postacuzie corrispondenti all'obiettivo del Patto della Salute 2010-2012 (0,7 PL per mille abitanti).

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina si è seguito il seguente percorso:

1. Partendo dai ricoveri appropriati secondo la metodologia già presentata, si è identificato, per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che porta complessivamente a circa 170 ricoveri per mille abitanti, dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital ma non il nido. Il tasso di ospedalizzazione è confrontato con gli obiettivi specifici di alcune specialità di acuzie e postacuzie.
2. Individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni.
3. Determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo.
4. Calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto.
5. Sulla base dei ricoveri appropriati e delle considerazioni di opportunità determinare la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici.
6. Calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche.

PL normalizzati per specialità

La rete ospedaliera regionale è composta dalle strutture pubbliche integrate dalle strutture private.

La tabella seguente evidenzia l'articolazione, per specialità, dei ricoveri appropriati pubblici e privati.

Nel presente documento è sviluppata la parte pubblica della rete ospedaliera. L'articolazione della parte privata della rete ospedaliera è un atto successivo, effettuato dalle ASP, in funzione delle necessità specifiche. L'allegato 8 evidenzia il fabbisogno di strutture ospedaliere pubbliche. È facoltà dell'ASP di riferimento sostituire una struttura complessa o semplice del servizio pubblico mantenendo o attivando un contratto con una struttura privata accreditata.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Nella tabella 19 sono stati calcolati i posti letto normalizzati applicando, per i ricoveri appropriati, i tassi di occupazione standard previsti nell'allegato 6. I tassi di occupazione sono diversi per i ricoveri ordinari e per quelli diurni.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
- Per area:
  1. Area medica
  2. Area chirurgica
  3. Area materno infantile
  4. Area Emergenza
  5. Area psichiatria
  6. Area postacuzie
  7. Area supporto
- Per diffusione
  1. disciplina rara
  2. disciplina di media diffusione
  3. disciplina di alta e altissima diffusione

Nella tabella 19 sono incluse soltanto le specialità per acuti.

Figura 19: PL normalizzati per specialità di acuzie suddivisi in erogatori pubblici e privati al netto dei dimessi e delle culle del nido, spec 31.

				Pubblico		Privato		Totale	
Area	Diffusione	cod	Descrizione	N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
1	1	71	Reumatologia **(nota a)**	652	2	1.657	53	2.309	55
	2	01	Allergologia **(nota e)**	1.092	12			1.092	12
		18	Ematologia	4.378	74			4.378	74
		19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.	1.512	10	168	1	1.680	11
		21	Geriatria	5.507	138			5.507	138

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

				Pubblico		Privato		Totale	
Area	Diffusione	cod	Descrizione	N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
		24	Malattie infettive e tropicali	3.391	78			3.391	78
		52	Dermatologia	2.936	49	93	0	3.029	49
		58	Gastroenterologia	2.788	46	437	6	3.225	53
		65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	581	12			581	12
		68	Pneumologia	3.598	95	819	17	4.417	112
		70	Radioterapia (vedere codice 74)	311	5			311	5
		74	Radioterapia oncologica	493	11			493	11
	3	08	Cardiologia	13.366	248	4.637	94	18.003	342
		26	Medicina generale	28.142	617	7.692	185	35.834	801
		29	Nefrologia	3.849	85			3.849	85
		32	Neurologia	3.975	99	760	19	4.735	119
		64	Oncologia	4.247	90	1.396	23	5.643	113
2	1	07	Cardiochirurgia	374	14	974	50	1.348	64
		10	Chirurgia maxillo-facciale **(nota b)**	645	6	4.014	16	4.659	22
		11	Chirurgia pediatrica	2.769	26			2.769	26
		12	Chirurgia plastica	455	4	466	3	921	7
		13	Chirurgia toracica	177	7	147	5	324	12
		48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	19	3			19	3
	2	14	Chirurgia vascolare	1.422	32			1.422	32
		30	Neurochirurgia	2.471	85	296	12	2.767	96
		35	Odontoiatria e stomatologia	204	1			204	1
	3	09	Chirurgia generale	30.109	576	12.880	210	42.989	786
		34	Oculistica	4.214	25	1.930	4	6.144	29
		36	Ortopedia e traumatologia	14.342	300	7.329	113	21.671	413
		38	Otorinolaringoiatria	7.199	84	1.390	15	8.589	99
		43	Urologia	7.758	117	1.520	18	9.278	135

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

				Pubblico		Privato		Totale	
Area	Diffusione	cod	Descrizione	N ricoveri	N PL norm	N Ricoveri	N PL norm	N ricoveri	N PL norm
3	3	37	Ostetricia e ginecologia	31.660	406	10.539	143	42.199	550
		39	Pediatria	17.309	201	12	0	17.321	201
		62	Neonatologia	6.098	118	519	9	6.617	126
4	2	73	Terapia intensiva neonatale	125	7			125	7
	3	49	Terapia intensiva	2.558	96	30	1	2.588	98
		50	Unità coronarica	3.596	64			3.596	64
		51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	3.229	50			3.229	50
5	3	40	Psichiatria **(nota c)**	3.997	131	0	0	3.997	131
7		02	Day hospital (multispecialistico)	78	0			78	0
		03	Anatomia e istologia patologica **(nota d)**			107	1	107	1
		05	Angiologia **(nota d)**	100	2			100	2
		54	Emodialisi **(nota d)**	86	1			86	1
		61	Medicina nucleare **(nota d)**	29	0			29	0
		82	Anestesia e rianimazione (Serv. amb) **(nota d)**	192	7			192	7
		99	Sconosciuto **(nota d)**	16	0			16	0
			Totale	**222.049**	**4.031**	**59.812**	**1.000**	**281.861**	**5.031**

Nota a. Le prestazioni di Reumatologia presso le strutture private comportano un tasso di ospedalizzazione troppo alto rispetto al tasso atteso per questa specialità; presumibilmente si tratta di postacuzie.

Nota b. Questo tipo di prestazioni presso le strutture private porta ad un tasso di ospedalizzazione troppo alto rispetto al tasso atteso per questa specialità; bisogna approfondire il setting assistenziale più appropriato definendo un adeguato livello tariffario per le prestazioni erogate.

Nota c. E' possibile che, a termine del processo di riconversione della rete ospedaliera psichiatrica dei privati, alcuni posti letto possono essere mantenuti.

Nota d. I ricoveri delle specialità di supporto devono essere ricondotti alle strutture organizzative con posti letto, oppure trasformati in prestazioni ambulatoriali.

Nota e. Bisogna approfondire l'appropriatezza clinica dei ricoveri di allergologia con delle degenze molto lunghe.

L'articolazione dei posti letto per area geografica

Le strutture ospedaliere pubbliche sono articolate nei seguenti gruppi secondo il ruolo all'interno della rete.

- **Le aziende ospedaliere**, considerate HUB, sede di DEA di secondo livello e strutture centrali all'interno di ciascuna area geografica, devono disporre di tutte le specialità e devono essere anche sedi delle **specialità con una diffusione rara** sul territorio.
- **I presidi ospedalieri di base con attività specializzate** indicati come SPOKE, sedi di DEA di primo livello e con un ruolo importante per **le specialità di media diffusione** sul territorio.
- **I presidi ospedalieri generali** sono le altre strutture delle ASL, sedi di Pronto Soccorso semplice, con la presenza di specialità diffuse.
- **I presidi ospedalieri di zona montana** (vedere allegato 7) sono strutture, sedi di pronto soccorso h24 direttamente collegato al Centro spoke di riferimento, con organico condiviso. Essi costituiscono una fase sperimentale di transizione fino alla realizzazione della rete Emergenza/Urgenza a pieno regime e opportunamente collaudata.

Le strutture private, le case di cura e la fondazione Campanella, svolgono, secondo gli indirizzi del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, un ruolo complementare all'interno della rete ospedaliera. È a carico delle ASP la definizione degli accordi per l'appropriatezza della loro corretta integrazione nella rete ospedaliera.

Le discipline rare sono assegnate ad uno o due presidi ospedalieri secondo le scelte di appropriatezza erogativa e di qualità delle prestazioni.

Le altre discipline sono assegnate alle tre aree geografiche **sulla base della produzione appropriata erogata nel 2008**. All'interno di ciascuna area geografica si individua la quota di prestazioni appropriate in capo alle strutture private e si prosegue con l'attribuzione della quota relativa alle strutture pubbliche alle aziende ospedaliere e ai presidi di base con attività specializzate sulla base della capacità produttiva attuale. Eventuali aggiustamenti di prestazioni e relativi posti letto tra quota pubblica e privata dovranno essere risolti tramite trattative a livello di ASP.

Infine, in coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si prevederà:

- la riduzione di unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina e azienda/presidio;
- l'accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare che si origini una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.

Proposta di articolazione di strutture organizzative

In coerenza con quanto sopra descritto, a seguito degli interventi per il recupero dell'appropriatezza delle prestazioni di ricovero e dell'efficienza produttiva si prevederà:

- la riduzione di unità operative duplicate nell'ambito della medesima disciplina, secondo vincoli imposti dal layout;
- l'accorpamento di unità operative di specialità differenti, ma assimilabili per area (medico-chirurgica) o per intensità di cura (elevata, media assistenza, assistenza di base), per evitare una frammentazione delle unità operative con dotazioni di posti letto inferiori a soglie di efficienza ragionevoli.



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 20: Parametri per la proposta di rete ospedaliera

					Degenza		Servizi senza PL		
Acu	Area	Diffu-sione	cod	Descrizione	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti			1 SC per reg	2 mil	0
0	1	1	25	Medicina del lavoro	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	57	Fisipatologia della riproduzione umana	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica	1 SC per reg	>2 mil			20
0	1	1	71	Reumatologia	1 SC per reg	1 mil			30
0	1	1	77	Nefrologia pediatria	n/a				20
0	1	2	1	Allergologia			1 SC per HUB	1 mil	
0	1	2	18	Ematologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	21	Geriatria	1 SC per HUB	0,5/0,8 mil			20
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	1	2	52	Dermatologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	58	Gastroenterologia	1 SC per HUB	0,5/0,8 mil			20
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	N/a				20
0	1	2	68	Pneumologia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			30
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)					0
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1 SC per HUB	0,5/1 mil	20
0	1	3	8	Cardiologia	1 SC per HUB e spoke	0,15-0,3 mil			20

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Degenza		Servizi senza PL		
Acu	Area	Diffu-sione	cod	Descrizione	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
0	1	3	8	Emodinamica (SS)	1 SS per HUB e alcuni spoke	0,4/0,6 mil			
0	1	3	26	Medicina generale	1 SC per HUB e spoke, 1 SS per osp di base	0,1 mil			30
0	1	3	29	Nefrologia	1 SC per HUB	0,4/0,8 mil	1 SS per spoke e base		20
0	1	3	32	Neurologia	1 SC per HUB e spoke	0,2/0,4 mil			20
0	1	3	64	Oncologia	1 SC per HUB	0,5/1,0 mil	1 SS per 7 spoke	0,3 mil	10
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	0 per reg	4/6 mil			10
0	2	1	7	Cardiochirurgia	2 SC per reg	1 mil			10
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2 SC per reg	1 mil			20
0	2	1	12	Chirurgia plastica	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1 SC per reg	1 / 2mil			10
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	1 SC per reg	2 mil			20
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica	0 per reg	4/6 mil			20
0	2	1	78	Urologia pediatrica	N/a				20
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	1 SC per HUB	0,4/0,7 mil			10
0	2	2	30	Neurochirurgia	1 SC per HUB	0,5/1 mil			20
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	1 SC per HUB	0,4/0,8 mil			20
0	2	3	9	Chirurgia generale	1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di	0,2 mil			30

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Degenza		Servizi senza PL		
Acu	Area	Diffu-sione	cod	Descrizione	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
					base				
0	2	3	34	Oculistica	1 SC per HUB e 4 spoke	0,25/0,30 mil			10
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base	0,15 mil			30
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	1 SC per HUB e 6 spoke	0,25 mil			10
0	2	3	43	Urologia	1 SC per HUB e 5 spoke	0,25/0,30 mil			20
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			1 SC per HUB	0,3/0,8 mil	0
0	3	3	31	Nido			1 SS per HUB e spoke		0
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	1 SC per HUB e spoke	0,15/0,25 mil			30
0	3	3	39	Pediatria	1 SC per HUB e spoke	0,15/0,25 mil			20
0	3	3	62	Neonatologia	1 SC per HUB e 7 SS in spoke	0,3/0,5 mil			20
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche					10
0	4	1	47	Grandi ustionati	<1 per reg	4/6 mil			10
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1 SC per HUB	9,5/1,0 mil			10
0	4	3	49	Terapia intensiva	1 SC per HUB e spoke	0,2/0,3 mil			10
0	4	3	50	Unità coronarica	1 SS per HUB e spoke	0,15/0,3 mil			10
0	4	3	51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	1 SC per HUB e spoke	0,5 mil	1 SS per osp di base		0

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Degenza		Servizi senza PL		
Acu	Area	Diffu-sione	cod	Descrizione	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
0	5	3	40	Psichiatria	1 SC per HUB e 8 spoke	0,15/0,2 mil			20
1	6	1	28	Unità spinale	1 SC per reg	2 mil			20
1	6	2	75	Neuroriabilitazione	1 SC per reg	3 /4 mil			20
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	1 SC per ASP	0,2/0,5 mil			30
1	6	3	60	Lungodegenti	SS che riporta alla medicina generale				30
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)					0
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			1 SC per HUB e spoke	0,2/0,3 mil	0
0	7		5	Angiologia					0
0	7		15	Medicina sportiva			attività territoriale		0
0	7		27	Medicina legale			funzione territoriale 1SC per AOU		0
0	7		41	Medicina termale			n/a		0
0	7		42	Tossicologia			n/a		0
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia cod 29)					20
0	7		55	Farmacologia clinica			n/a		0
0	7		61	Medicina nucleare			1 SC per HUB, 1 spoke	0,5/1 mil	0
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)			n/a		0
0	7		69	Radiologia			1 SC per HUB e spoke, SS	0,15/0,20	0

					Degenza		Servizi senza PL		
Acu	Area	Diffu-sione	cod	Descrizione	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	N° strutture per regione	Bacino di Utenza in (milioni di abitanti)	PL/ modulo Requisiti Accred.(1)
							nei presidi di base	mil	
0	7		69.1	TAC			servizio presente in HUB e spoke	0,2 mil	
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)			nessuna struttura specifica		0
0	7		97	Detenuti					0
0	7		98	Day surgery					0
0	7		99.1	Laboratorio d'analisi			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base	0,15/0,3 mil	0
0	7		99.2	Servizio trasfusionale			1 SC per HUB e spoke	0,25/0,30 mil	
0	7		99.3	Microbiologia e virologia			1 SC per HUB	0,6/1,0 mil	
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio			1 SC per HUB e spoke, SS nei presidi di base		
0	7		F	Farmacia ospedaliera			1 SC per HUB e spoke.		

Nota 1. I requisiti di accreditamento sono definiti attraverso i seguenti documenti: la Legge regionale 24/2008 e il regolamento regionale 13/2009.

Considerazione a livello di presidi ospedalieri

- Le diversi sedi di un'AO non sono considerati indipendenti. Si propone che il presidio di Rogliano sia destinato a funzioni territoriali.

- Ospedale Melito Porto Salvo: il presidio ha necessità di integrazione con un ospedale di riferimento. Date le caratteristiche del territorio, si propone l'integrazione con l'AO di Reggio Calabria.
- Il presidio di Siderno: si propone la conversione in struttura territoriale ed il relativo spostamento delle attività all'ospedale di Locri.
- I presidi Cetraro e Paola saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.
- I presidi Rossano e Corigliano Calabro saranno un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Considerazioni a livello di specialità

Area medica

Specialità	Considerazioni
(01) Allergologia	Le malattie allergologiche sono diffuse e curate dalle specialità specifiche con il coordinamento per area geografica dei servizi di allergologia. L'unica funzione con posti letto è oggi a Locri e si propone di spostarla all'AO di Reggio Calabria senza posti letto.
(08) Cardiologia	La rete di cardiologia è strettamente legata a quella dell'emergenza ed è composta dalla struttura di cardiologia, dal servizio di Unità coronarica e dal servizio di Emodinamica. Nella proposta sono sempre presenti le prime due attività mentre il servizio di emodinamica è distribuito soltanto nei presidi che possono garantire un sufficiente livello di prestazioni all'anno per una qualità appropriata e soddisfare la necessità di non superare, di regola, i 90 minuti di percorrenza. Nell'AOU CZ può essere motivata una struttura complessa di cardiologia e UTIC.
(20) Immunologia e centro trapianti	Il coordinamento dell'attività dei trapianti è di altissima specializzazione e se ne prevede la presenza in un'unica struttura nella regione (RC).
(21) Geriatria	Questa specialità è da considerare non diffusa ma come supporto specialistico alle medicine e alle lungodegenze nell'ambito del proprio bacino d'utenza. Oggi è, in modo non corretto, utilizzata anche in sostituzione delle lungodegenze e delle strutture territoriali.
(26) Medicina generale	Questa disciplina è essenziale nei presidi ospedalieri. Nei presidi HUB e SPOKE è apicale (SC) mentre negli altri presidi è struttura semplice in rete con la struttura complessa del presidio di riferimento.
(29) Nefrologia	La rete è composta da servizi di Nefrologia con posti letto, dalla Emodialisi (cod 54) senza posti letto ma con postazioni di dialisi e da eventuali strutture territoriali. Le strutture semplici di Emodialisi presso i presidi di Spoke e di base nonché le strutture territoriali sono integrate con le strutture complesse di Nefrologia di riferimento.
(32) Neurologia	La specialità ha un ruolo importante nella rete di emergenza assorbendo anche i casi di trauma cranico non chirurgico ed ha bisogno di un graduale rafforzamento rispetto alla situazione attuale eventualmente integrando la rete di Stroke unit che oggi interessano i presidi delle aziende ospedaliere di Cosenza, di Pugliese Ciaccio a Catanzaro e di Reggio Calabria nonché il presidio di Vibo Valentia.
(64) Oncologia	La rete oncologica è basata su strutture complesse presso i presidi HUB e i servizi senza posti letto presso alcuni Spoke. La rete oncologica è, inoltre, composta da tutti gli altri servizi, chirurgici e non, in cui i malati oncologici sono ricoverati.
(74) Radioterapia oncologica.	La radioterapia è prevista nei presidi HUB. Si considera insieme al codice (70) Radioterapia.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Area chirurgica

<table>
<tr><th>Specialità</th><th>Considerazioni</th></tr>
<tr><td>(07)
Cardiochirurgia</td><td>Attualmente esistono, nella regione, soltanto due presidi che erogano prestazioni di questa specialità, tutti e due a Catanzaro. La produzione di ricoveri ordinari del MDC 05 "Malattie e disturbi del sistema circolatorio" risulta dalla tabella seguente:
<table>
<tr><td>Denominazione struttura</td><td>Dati</td><td>C</td><td>M</td><td>Totale</td></tr>
<tr><td>Azienda Ospedaliera Mater Domini</td><td>Casi RO</td><td>199</td><td>107</td><td>306</td></tr>
<tr><td>Casa di Cura Sant`Anna Hospital</td><td>Casi RO</td><td>869</td><td>67</td><td>936</td></tr>
<tr><td>Totale</td><td></td><td>1.068</td><td>174</td><td>1.242</td></tr>
</table>
Soltanto la struttura privata Casa di cura Sant'Anna supera il limite minimo di 400 interventi all'anno necessario per garantire una migliore qualità delle prestazioni. La mobilità passiva per questo tipo di interventi è di circa seicento all'anno e potrebbe, insieme all'attuale produzione, trovare spazio nelle due strutture esistenti. Sarebbe opportuno dislocare una delle due funzioni di cardiochirurgia in altra sede (Cosenza oppure Reggio Calabria).

Queste considerazioni ci suggeriscono la dislocazione di una delle due unità in altra sede. È da valutare se a Cosenza o a Reggio Calabria in funzione del potenziale bacino di utenza e dell'opportunità di accordi di confine interessando strutture in altre regioni.</td></tr>
</table>

Area materno infantile

Nel 2008 il numero di ricoveri ordinari del MDC 15 era circa 18.000 articolato nei seguenti DRG e suddivisi tra erogatori pubblici e privati.

Figura 21: Ricoveri ordinari 2008 del MDC 15 per DRG

casi		Tipo erogatore			Tipo erogatore		
DRG	Descrizione	Pubblico	Privato	Totale	Pubblico	Privato	Totale
385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	158	99	257	1%	2%	1%
386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	246	3	249	2%	0%	1%
387	Prematurita` con affezioni maggiori	272	33	305	2%	1%	2%
388	Prematurita` senza affezioni maggiori	514	52	566	4%	1%	3%
389	Neonati a termine con affezioni maggiori	968	199	1.167	7%	5%	7%
390	Neonati con altre affezioni significative	2.120	179	2.299	16%	4%	13%
391	Neonato normale	9.240	3.770	13.010	68%	87%	73%
Totale complessivo		13.518	4.335	17.853	100%	100%	100%
		76%	24%	100%			

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 22: Ricoveri ordinari 2008 del MDC 15 per erogatore (in grassetto la proposta di struttura in cui concentrare le nascite)

ASP	Pubbl (1) Priv (2)	Emerg	Codice	Denominazione Struttura	Comune	Totale
201	1	1	18091201	**Azienda Ospedaliera Di Cosenza**	**Cosenza**	1.960
		2	18000400	Stabilimento Ospedaliero Rossano	Rossano	392
		2	18000500	Presidio Ospedaliero Di Cetraro	Cetraro	108
		2	18000600	**Ospedale Civile Ferrari – Castrovillari**	**Castrovillari**	645
		3	18000300	**Stabilimento Ospedaliero Corigliano**	**Corigliano Calabro**	537
		3	18000700	Presidio Ospedaliero San Francesco Paola	Paola	175
		4	18001100	P.O.Beato Angelico	Acri	219
		4	18001500	Ospedale Civile	San Giovanni In Fiore	89
		5	18000800	Ospedale Civile Praia A Mare	Praia A Mare	78
		5	18001400	Stabilimento Ospedaliero Cariati	Cariati	360
		5	18001600	Stabilimento Ospedaliero Trebisacce	Trebisacce	266
	2		18001900	Casa Di Cura Villa Del Sole	Cosenza	1
			18002100	Casa Di Cura La Madonnina S.R.L.	Cosenza	226
			18002700	Casa Di Cura Cascini Srl	Belvedere Marittimo	Non ril
			18002800	**Casa Di Cura Sacro Cuore**	**Cosenza**	725
Totale 201						5.781
202	1	2	18003200	**Ospedale Civile San Giovanni Di Dio**	**Crotone**	1.365
	2		18004400	Casa Di Cura 'Villa Giose'	Crotone	28
			18004500	Casa Di Cura S.Rita Dott. Caparra	Belvedere Di Spinello	1
Totale 202						1.394
203	1	1	18091300	**Azienda Ospedaliera Pugliese Ciaccio**	**Catanzaro**	1.936
			18091400	Azienda Ospedaliera Mater Domini	Catanzaro	1
		2	18003300	**Ospedale Di Lamezia Terme**	**Lamezia Terme**	1.076
		3	18005500	Ospedale Basso Ionio	Soverato	460

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Pubbl (1) Priv (2)	Emerg	Codice	Denominazione Struttura	Comune	Totale
		4	18004000	Ospedale Di Soveria Mannelli	Soveria Mannelli	1
	2		18004300	Casa Di Cura Villa Del Sole	Catanzaro	2
			18005100	Casa Di Cura Privata Villa Michelino Srl	Lamezia Terme	326
Totale 203						3.802
204	1	2	18003400	**P.O. Jazzolino**	**Vibo Valentia**	888
		3	18005700	P.O. Serra San Bruno	Serra San Bruno	1
	2		18004700	Casa Di Cura Villa Dei Gerani	Vibo Valentia	385
Totale 204						1.274
205	1	1	18091500	**Ospedale Bianchi - Melacrino - Morelli**	**Reggio Di Calabria**	1.299
		2	18006100	**P.O. 'S. Maria Degli Ungheresi'**	**Polistena**	647
		3	18006200	Ospedale 'Tiberio Evoli' - Melito P.S.	Melito Di Porto Salvo	346
	2		18007300	**Casa Di Cura 'Villa Aurora'**	**Reggio Di Calabria**	778
			18007400	**Policlinico 'Madonna Della Consolazione'**	**Reggio Di Calabria**	731
			18007700	**Casa Di Cura 'Villa Elisa' S.P.A.**	**Cinquefrondi**	1.132
Totale 205						4.933
206	1	2	18005900	**Ospedale Civile Locri**	**Locri**	669
Totale 206						669
Totale complessivo						17.853

Il limite minimo nazionale di 500 nascite per struttura è soddisfatto soltanto da alcune strutture pubbliche e private della regione.

- l'ISTAT rileva, su dati 2006, che "Anche se il tasso di mortalità infantile italiano si attesta sui livelli dei paesi più avanzati del mondo, non deve essere sottovalutata la forte variabilità territoriale, con un certo svantaggio del Mezzogiorno e di alcune aree del Nord. Tra le province con i tassi più elevati si collocano Enna (7,4 morti nel primo anno di vita

per mille nati vivi), quattro province calabre su cinque (Reggio di Calabria, Catanzaro, Vibo Valentia e Cosenza)....";

- negli indicatori di performance 2008, appena pubblicati dal Ministero della salute, la performance relativa alla percentuale di parti cesarei evidenzia che il 45 % delle nascite in Calabria avviene con parto cesareo rispetto a circa 25% nelle regioni di riferimento.

Risulta, di conseguenza, la necessità di garantire una maggiore sicurezza dei neonati e delle madri attraverso il potenziamento di un numero più limitato di strutture pubbliche (HUB e Spoke), e attraverso la stipula di contratti con le strutture private con specifici obiettivi nell'ambito del percorso nascita. Nelle strutture pubbliche sarà presente contemporaneamente al punto nascita, una pediatria, una struttura di ostetricia e ginecologia e, in quasi tutti presidi, un servizio (struttura complessa o semplice) di neonatologia. Nelle strutture HUB sarà presente anche un servizio di terapia intensiva neonatale con l'attivazione del trasporto assistito. In grassetto sono indicati i 10 presidi destinati a sede di centri neonatali.

Area emergenza

Specialità	Considerazioni
(46) Grandi ustioni neonatale	Il bacino di utenza è maggiore della dimensioni della regione ed è necessario un accordo con alcune regioni confinanti per stabilire la dislocazione del servizio.
(47) Grandi ustionati	Il bacino di utenza è maggiore della dimensione della regione ed è necessario un accordo con alcune regioni confinanti per stabilire la dislocazione del servizio.
(51) Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza	La rete regionale di emergenza- urgenza è composta da un componente ospedaliera e un componente territoriale, oltre alla Guardia medica. La rete Emergenza ospedaliera è articolata in DEA di secondo livello (DEA II), DEA di primo livello (DEA I) e Pronto soccorso di base (PS) e Punti di primo intervento (PPI) 24H con più di sei mila passaggi all'anno (se 12H più di tre mila passaggi all'anno). Il numero di strutture complesse risulta dalla figura 20. La rete 118, articolata in Centrali operativi, le Postazioni di soccorso territoriale con autoambulanze ed elicotteri, i Punti di emergenza territoriali (PET) ed i Punti di primo intervento (PPI) al di sotto dei sei mila passaggi all'anno. L'organico relativo, cinque strutture complesse articolate per provincia, sarà elaborato ulteriormente nel documento che descrive la rete emergenza-urgenza.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Area di psichiatria

Specialità	Considerazioni
(40) Psichiatria	La rete della psichiatria è territoriale con dei posti letto di SPDC in alcuni presidi. Si propone il sostanziale mantenimento della rete attuale articolata in modo diverso in funzione della conversione di alcuni presidi in strutture territoriali. Quindi lo spostamento da Corigliano a Rossano e da Soriano Calabro a Vibo Valentia.

Area servizi

Specialità	Considerazioni
Centro trasfusionale	La rete dei centri trasfusionali è articolata in SC negli HUB e negli spoke mentre negli altri presidi il servizio è garantito dal laboratorio.
Radiologia	Negli HUB e spoke è prevista una SC con TAC, nei presidi di base è prevista una SS in rete con la struttura complessa del presidio di riferimento.



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Area postacuzie

Specialità	Considerazioni
(28) Unità spinale	Bisogna attivare una struttura per tutta la regione di questa specialità presso un presidio specializzato. (no ancora assegnata in tabella)
(56) RRF	La struttura organizzativa è unica all'interno dell'ASP con un'articolazione su più presidi. Nell'ottica di rafforzare la risposta delle ASP e facilitare un graduale passaggio alle strutture extraospedaliere si propone di attivare le strutture soltanto presso le ASP, ed in particolare nelle provincie dove esiste una presenza odierna bassa.

	ASP	Pop.	PL normalizzati SDO 2008	PL effettivi fine 2009	PL / 1000	PL aggiuntive proposte	PL totale	PL /1000
201	Cosenza	733.508	269	287	0,4	70	357	0,5
202	Crotone	173.370	106	66	0,4	30	96	0,6
203	Catanzaro	367.990	63	92	0,3	75	167	0,5
204	Vibo Valentia	167.334	8	10	0,1	75	85	0,5
205	Reggio Calabria	566.507	46	36	0,1	194	230	0,4
	Totale	**2.008.709**	**492**	**491**	**0,2**	**444**	**935**	**0,5**

Commenti:

- ASP 201: Portare l'offerta attuale da 50 PL a 60, attivare due moduli da 30 PL.
- ASP 202: Attivare un modulo da 30 PL. N.B. È già presente una struttura privata di neuro riabilitazione sul territorio con 48 PL accreditati a servizio di tutta la regione.
- ASP 203: Attivare due moduli da 30 PL e un modulo da 15 PL presso delle strutture regionali.
- ASP 204: Attivare due moduli da 30 PL e un modulo da 15 PL presso delle strutture regionali.
- ASP 205: Portare l'offerta attuale da 16 PL a 30; attivare sei moduli da 30 PL presso delle strutture regionali.
- È necessario definire dei criteri di appropriatezza nelle strutture di RRF.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

<table>
<tr><th>Specialità</th><th>Considerazioni</th></tr>
<tr><td>(60)
Lungodegenza</td><td>La struttura organizzativa della lungodegenza è assegnata alla Medicina generale dello stesso presidio.
Aggiungere dei PL presso le strutture ospedaliere Spoke e sedi di PS base
<table>
<tr><th></th><th>ASP</th><th>Popolazione</th><th>PL normalizzati SDO 2008</th><th>PL assegnati fine 2009</th><th>PL/1000</th><th>Proposta di PL aggiuntive</th><th>PL tot</th><th>PL/1000</th></tr>
<tr><td>201</td><td>Cosenza</td><td>733.508</td><td>90</td><td>141</td><td>0,2</td><td>0</td><td>141</td><td>0,2</td></tr>
<tr><td>202</td><td>Crotone</td><td>173.370</td><td>41</td><td>46</td><td>0,3</td><td>0</td><td>46</td><td>0,3</td></tr>
<tr><td>203</td><td>Catanzaro</td><td>367.990</td><td>4</td><td>4</td><td>0,0</td><td>60</td><td>64</td><td>0,2</td></tr>
<tr><td>204</td><td>Vibo Valentia</td><td>167.334</td><td>0</td><td>10</td><td>0,1</td><td>30</td><td>40</td><td>0,2</td></tr>
<tr><td>205</td><td>Reggio Calabria</td><td>566.507</td><td>1</td><td>16</td><td>0,0</td><td>74</td><td>90</td><td>0,2</td></tr>
<tr><td></td><td>Totale</td><td>2.008.709</td><td>136</td><td>217</td><td>0,1</td><td>164</td><td>381</td><td>0,2</td></tr>
</table>
Commenti:
• ASP 201: Riordinare i PL attualmente presenti presso i presidi pubblici.
• ASP 203: Attivare due moduli da 30 PL presso delle strutture regionali.
• ASP 204: Attivare un modulo da 30 PL presso una struttura regionale.
• ASP 205: Portare l'offerta attuale da 16 PL a 30; attivare due moduli da 30 PL presso delle strutture regionali.
• È necessario definire dei criteri di appropriatezza nelle strutture di lungodegenza.</td></tr>
<tr><td>(75)
Neuroriabilitazione</td><td>Oggi è presente a Crotone una struttura privata di 48 PL per neuro riabilitazione, e per gravi cerebrolesioni. Bisogna valutare l'opportunità di una seconda struttura per neuro riabilitazione presso un'altra area geografica della regione. È, inoltre, necessario definire dei criteri di appropriatezza per le strutture di Neuroriabilitazione.</td></tr>
</table>

Proposta di articolazione di funzioni pubbliche nella rete ospedaliera

Sulla base dei parametri indicati nella figura 20 e dell'analisi presentata nelle pagine precedenti si arriva ad una rete ospedaliera di erogatori pubblici che a livello totale è indicata nella figura 23 e per azienda regionale nell'allegato 8.

Nella figura risultano

- le strutture complesse con posti letto (1 deg SC);
- le strutture semplici con posti letto (2 deg SS);
- le strutture complesse senza posti letto (3 serv SC);
- le strutture semplici senza posti letto (4 serv SS).

La proposta è confrontata con

- la situazione calcolata sulla base dei ricoveri appropriati 2008;
- il tasso di occupazione standard dei posti letto;
- le dimensioni dei moduli di cui ai requisiti di accreditamento come definiti dalla Legge regionale 24/2008 e dal regolamento regionale 13/2009.

Alla fine è indicata la situazione attuale suddivisa in

- strutture complesse con posti letto attualmente coperte;
- strutture complesse senza posti letto attualmente coperte.

Nella lettura della tabella bisogna tenere presente che anche le strutture con degenza erogano prestazioni ambulatoriali che possono essere rilevanti, per esempio l'oculistica.

Le specialità sono organizzate in modo seguente:

- Se specialità per acuzie (0) e postacuzie (1)
- Per area:
  1. 1.Area medica
  2. 2.Area chirurgica
  3. 3.Area materno infantile
  4. 4.Area Emergenza
  5. 5.Area psichiatria
  6. 6.Area postacuzie
  7. 7.Area supporto
- Per diffusione
  1. 1.disciplina rara
  2. 2.disciplina di media diffusione
  3. 3.disciplina di alta e altissima diffusione
- Per codice di specialità

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Figura 23: Rete ospedaliera proposta erogatori pubblici (al netto del presidio INRCA)

					Situazione									
					Attuale		Calcolo	Proposta						
					SC			SC			SS		Totale	
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS	
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti	1		0,0		1	1			1	
0	1	1	25	Medicina del lavoro		1	0,0	1		1			1	
0	1	1	57	Fisipatologia della riproduzione umana			0,0	1		1			1	
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica			0,0	1		1			1	
0	1	1	71	Reumatologia			0,1	1		1			1	
0	1	1	77	Nefrologia pediatria			0,0							
0	1	2	1	Allergologia	1	1	0,4		3	3			3	
0	1	2	18	Ematologia	3		3,7	3		3			3	
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	5	1	0,3	3		3			3	
0	1	2	21	Geriatria	5		6,9	3		3			3	
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	4		3,9	3		3			3	
0	1	2	52	Dermatologia	3	1	1,6	3		3			3	
0	1	2	58	Gastroenterologia	6	2	2,3	3		3			3	
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)			0,6							
0	1	2	68	Pneumologia	4		3,2	3		3			3	
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)			0,0							
0	1	2	74	Radioterapia oncologica	2	1	0,5		3	3			3	
0	1	3	8	Cardiologia	17	2	12,4	12		12	1		13	
0	1	3	8	Emodinamica (SS)			0,0				6		6	

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Situazione									
					Attuale		Calcolo	Proposta						
					SC			SC			SS		Totale	
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS	
0	1	3	26	Medicina generale	22		20,6	**13**		**13**	**5**		**18**	
0	1	3	29	Nefrologia	8	8	4,2	**3**		**3**	**14**		**17**	
0	1	3	32	Neurologia	6		5,0	**12**		**12**	**1**		**13**	
0	1	3	64	Oncologia	9		9,0	**3**		**3**		**7**	**10**	
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile			0,0							
0	2	1	7	Cardiochirurgia			1,4	**1**		**1**			**1**	
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale	1		0,6	**1**		**1**			**1**	
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	2		1,3	**2**		**2**			**2**	
0	2	1	12	Chirurgia plastica	1		0,4	**1**		**1**			**1**	
0	2	1	13	Chirurgia toracica	1		0,7	**1**		**1**			**1**	
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	1		0,2	**1**		**1**			**1**	
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica			0,0							
0	2	1	78	Urologia pediatrica			0,0							
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	3		3,2	**3**		**3**			**3**	
0	2	2	30	Neurochirurgia	3		4,2	**3**		**3**			**3**	
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	1	1	0,0	**3**	**1**	**4**			**4**	
0	2	3	9	Chirurgia generale	23	1	19,2	**13**		**13**	**5**		**18**	
0	2	3	34	Oculistica	10		2,5	**8**		**8**			**8**	
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	11		10,0	**12**		**12**	**6**		**18**	
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	9	4	8,4	**10**		**10**			**10**	
0	2	3	43	Urologia	8		5,8	**9**		**9**			**9**	

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Situazione									
					Attuale		Calcolo	Proposta						
					SC			SC			SS		Totale	
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS	
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			0,0		**3**	**3**			**3**	
0	3	3	31	Nido			0,0					**10**	**10**	
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	14		13,5	**11**		**11**			**11**	
0	3	3	39	Pediatria	12		10,0	**11**		**11**			**11**	
0	3	3	62	Neonatologia	6		5,9	**3**		**3**	**7**		**10**	
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche			0,0							
0	4	1	47	Grandi ustionati			0,0							
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale			0,7	**3**		**3**			**3**	
0	4	3	49	Terapia intensiva	10	11	9,6	**13**		**13**			**13**	
0	4	3	50	Unità coronarica	1		6,4				**13**		**13**	
0	4	3	51	Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza	7	5	5,0	**11**		**11**	**1**	**5**	**17**	
0	5	3	40	Psichiatria	3	1	6,5	**11**		**11**			**11**	
0				**Totale Acuzie**	**223**	**40**	**190,2**	**199**	**11**	**210**	**59**	**22**	**291**	
0	7		5	Angiologia										
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia)										
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)										
0	7		3	Anatomia e istologia patologica		11			**13**	**13**			**13**	
0	7		15	Medicina sportiva										
0	7		27	Medicina legale		2			**1**	**1**			**1**	
0	7		41	Medicina termale										

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Situazione								
					Attuale		Calcolo	Proposta					
					SC			SC			SS		Totale
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS
0	7		42	Tossicologia									
0	7		55	Farmacologia clinica									
0	7		61	Medicina nucleare	1	4			4	4			4
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)									
0	7		69	Radiologia		22			13	13		7	20
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. Ambulatoriale, vedere 49)									
0	7		97	Detenuti									
0	7		98	Day surgery									
0	7			Laboratorio d'analisi		16			13	13		7	20
0	7			Servizio trasfusionale	2	7			11	11		1	12
0	7			Microbiologia e virologia		7			4	4			4
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio		16			13	13		6	19
0	7		F	Farmacia ospedaliera		13			12	12		1	13
0				**Totale servizi**	**3**	**98**	**0,0**	**0**	**84**	**84**	**0**	**22**	**106**
1	6	1	28	Unità spinale			0,0						
1	6	2	75	Neuroriabilitazione			0,0						
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	3	2	2,0	6		6			6
1	6	3	60	Lungodegenti	1		1,5						
				Totale postacuzie	**4**	**2**	**3,5**	**6**	**0**	**6**	**0**	**0**	**6**
				Totale generale	**230**	**140**	**193,7**	**205**	**95**	**300**	**59**	**44**	**403**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					Situazione									
					Attuale		Calcolo	Proposta						
					SC			SC			SS		Totale	
Acu	Area	Diffusione	Codice	Descrizione	SC c/ deg	SC s/ deg	Moduli approp	1 deg SC	3 serv SC	Totale SC	2 deg SS	4 serv SS	SC+SS	
				di cui specialità di chirurgia	74	6	57,9	68	1	69	11	0	80	
				di cui acuzie e postacuzie	227	42	193,7	204	11	215	59	22	296	
				Obiettivo DGR 87/2010 chirurgia				75						
				Obiettivo DGR 87/2010 acuzie e postacuzie				297						

Nota 1. La proposta soddisfa il limite massimo di strutture complesse con posti letto indicato nella DGR 87 del 16/2/2010 in 297 unità di cui 75 per le specialità chirurgiche.

Nota 2. L'integrazione del presidio INRCA nella rete ospedaliera è compito dell'ASP di Cosenza.



L'attivazione della rete ospedaliera

L'attivazione della rete ospedaliera deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità calabrese: la rete di emergenza-urgenza e la rete territoriale. È, di conseguenza, indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di proseguire con il percorso di cambiamento.

In parallelo è necessario l'approfondimento delle rete per patologia / specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) e con il territorio. In questa sede sono possibili degli spostamenti di specialità tra i presidi dell'ASP per rendere più logica la missione di ciascun presidio.

Come già evidenziato, è compito dell'ASP l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il coordinamento dell'analisi congiunta con gli erogatori di prestazioni ospedaliere e la stipula di contratti con gli erogatori privati. E', di conseguenza, prevista l'analisi, per ciascun'ASP, della produzione degli erogatori privati, quella degli erogatori pubblici nonché del fabbisogno soddisfatto in altra sede per ottenere una razionalizzazione dell'offerta complessiva all'interno di ogni azienda sanitaria provinciale.

I tempi sono stretti per effettuare i cambiamenti nel rispetto del piano di rientro. Si propone la creazione di un gruppo di cambiamento a livello regionale in cui le ASP possano confrontarsi per omogeneizzare le azioni e diffondere metodologie comuni.

È, alla fine, necessario rivedere il piano di investimento in tecnologie per adattarlo alla nuova rete ospedaliera in modo da concentrare le poche risorse a disposizione nei punti da sviluppare.



Allegati

Allegato 1 – Standard nazionali sulla rete ospedaliera

Estratto dell'intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005

Si riporta l'articolo 4 dell'intesa:

1. Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a:

a) ad adottare, entro il 30 settembre 2005, provvedimenti che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presìdi ospedalieri pubblici. Rispetto a tali standard è compatibile una variazione che, in ogni caso, non può superare il 5% in più in rapporto alle diverse condizioni demografiche delle regioni. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2007, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006 oggetto di verifica;

b) adottare entro il 30 settembre 2005 i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo entro l'anno 2007 il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti di cui quelli in regime diurno, di norma pari al 20%, precisando gli obiettivi intermedi per gli anni 2005 e 2006, oggetto di verifica;

c) assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera;

d) stabilire, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione fino all'adozione del relativo provvedimento regionale, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione tariffaria pari ad almeno il 30% della tariffa giornaliera piena;

e) adottare entro il 30 giugno 2005 il Piano regionale per la realizzazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione....etc.

Estratto dell'Intesa 3 dicembre 2009 (Patto della Salute 2010-2012)

Si riporta l'articolo 6 (Razionalizzazione della rete ospedaliera e incremento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri)

1. *Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad adottare provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici. Tale riduzione è finalizzata a promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e a favorire l'assistenza residenziale e domiciliare. A tale adempimento le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 31 dicembre 2010 e le altre regioni entro il 30 giugno 2011.*

2. *Rispetto a tali standard è compatibile una variazione, che non può superare il 5% in aumento fino alla definizione di una diversa misura da parte della Conferenza Stato- Regioni sulla base di* un'apposita valutazione effettuata dalla Struttura tecnica di monitoraggio con il supporto dell'Agenas, in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne. I provvedimenti da adottare per il raggiungimento di tale obiettivo devono prevedere il raggiungimento dello standard entro l'anno 2011, precisando gli obiettivi intermedi per l'anno 2010, oggetto di verifica. Restano ferme eventuali minori dotazioni programmate nelle Regioni impegnate nei piani di rientro.

3. *Nei medesimi standard non è compresa la quota di posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni, registrata nell'anno 2008, fino alla stipula dell'accordo di cui al comma 4.*

4. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 19, entro il 30 giugno 2010 in sede di Conferenza Stato-Regioni è definito un Accordo per la fissazione dei principi di programmazione dei posti letto dedicati in via prevalente o esclusiva ai pazienti provenienti dalle altre regioni.*

5. *In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero.*



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 2 Valori attesi di percentuale di RO dei DRG chirurgici di cui all'allegato B del Patto della salute

DRG	Descrizione	**% ric ordinario >1 g su totale ricoveri**
006	Decompressione del tunnel carpale	0%
008	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza cc	33%
036	Interventi sulla retina	17%
038	Interventi primari sull'iride	5%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1%
040	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` > 17	3%
041	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, eta` < 18	18%
042	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	11%
051	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	25%
055	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	42%
059	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` > 17	93%
060	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, eta` < 18	97%
061	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` > 17	25%
062	Miringotomia con inserzione di tubo, eta` < 18	100%
119	Legatura e stripping di vene	6%
158	Interventi su ano e stoma, senza cc	34%
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	74%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, eta` > 17 senza cc	35%
163	Interventi per ernia, eta` < 18	48%
168	Interventi sulla bocca, con cc	50%
169	Interventi sulla bocca, senza cc	3%
227	Interventi sui tessuti molli senza cc	25%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

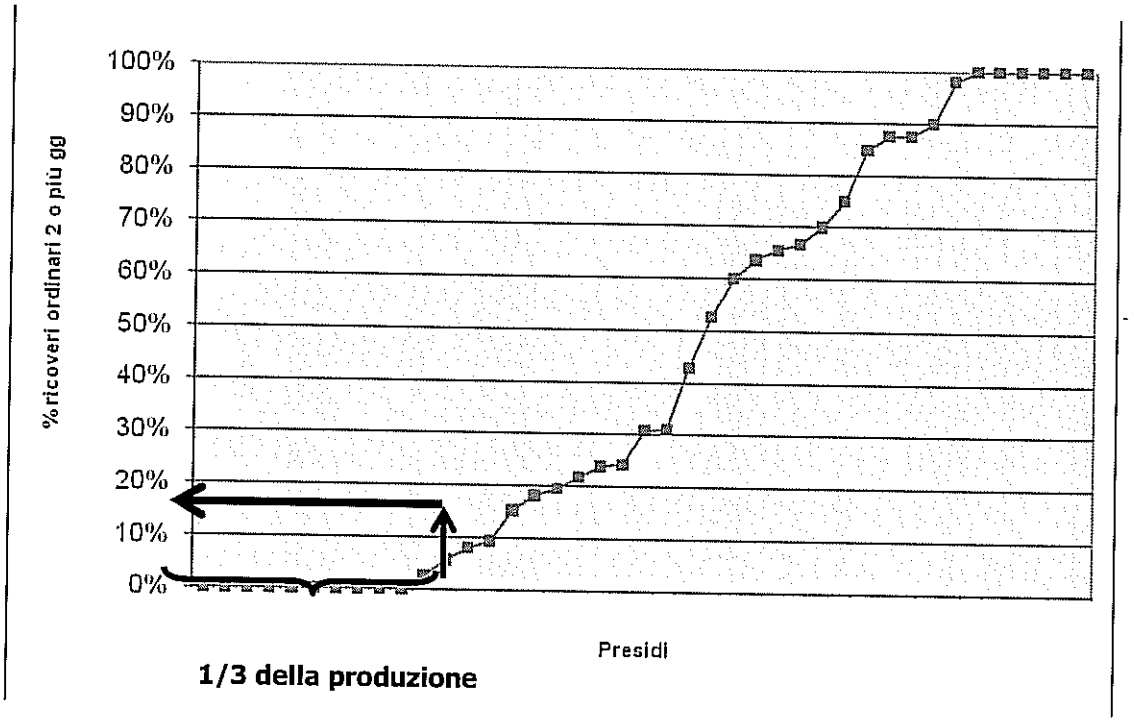
DRG	Descrizione	% ric ordinario >1 g su totale ricoveri
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con cc	41%
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza cc	25%
232	Artroscopia	14%
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	14%
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza cc	4%
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	20%
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza cc	2%
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` > 17	51%
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, eta` < 18	32%
342	Circoncisione eta` > 17	3%
343	Circoncisione eta` < 18	8%
345	Altri interventi sull'appar riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	5%
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	17%
362	Occlusione endoscopica delle tube	100%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	14%
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	50%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	10%
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	15%

Per i DRG 006 e 039 è, inoltre previsto che il 95% dei ricoveri diurni sia erogato in forma ambulatoriale, mentre per il DRG 162 non è ancora stata definita una percentuale specifica anche se la Regione ha pubblicato (2008) delle prestazioni ambulatoriali corrispondenti. Per questi tre DRG la percentuale dei ricoveri maggiore di un giorno è calcolata sul totale del numero di ricoveri e di prestazioni ambulatoriali.

Esempio del metodo applicato per stabilire il valore limite di percentuale di ricovero ordinario (maggiore di un giorno) per un DRG specifico (vedere la figura sotto).

- **I presidi regionali sono ordinati in modo crescente sulla percentuale effettiva di ricoveri ordinari da due giorni in su. Nella figura, sulla sinistra, sono indicati i presidi che erogano tutta la produzione in forma diurna oppure con ricoveri ordinari da zero a un giorno (0% ricoveri ordinari da 2 GG o più) mentre nella parte destra vi sono i presidi che erogano tutta la produzione in forma di ricoveri ordinari da due giorni in su (100% ricoveri ordinari da 2 GG o più).**
- **Per ciascun presidio si misura il numero totale di prestazioni erogate per il DRG. Si somma la produzione dei presidi da sinistra a destra. Quando si arriva ad un terzo della produzione totale si verifica la percentuale del presidio specifico. Nell'esempio sotto il presidio ha una percentuale di 10%.**
- **Per questo DRG il valore soglia è, quindi, 10%. La figura evidenzia che nel gruppo virtuoso, composto da tutti i presidi a sinistra del presidio limite, la percentuale è più bassa.**
- **Le verifiche effettuate sulla composizione di ciascun presidio per età, per modalità di ricovero ecc, non hanno fornito altra spiegazione che le differenze di comportamento sono principalmente dovute a fattori organizzativi.**
- **Con il passare degli anni sarà necessario il ricalcolo delle percentuali di riferimento man mano che il sistema migliora.**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 3 Tasso di ospedalizzazione medio regionale correlata a quello delle regioni di confronto, DRG medici di cui al DPCM 29 novembre 2001(definizione dei LEA)

La tabella presenta per ciascun DRG:

- Il numero di ricoveri consumato dai residenti della regione nel 2008;
- Il relativo tasso medio regionale (in verde un tasso inferiore al tasso medio delle regioni di confronto);
- Il tasso medio delle regioni di confronto da utilizzare come riferimento per ciascun ASP.

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso bench-mark
013	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	723	0,360	**0,367**
019	Malattie dei nervi cranici e periferici senza cc	909	0,453	**0,364**
025	Convulsioni e cefalea eta` > 17 senza cc	1.259	0,627	**0,396**
047	Altre malattie dell'occhio, eta` > 17 senza cc	3.155	1,571	**0,294**
065	Alterazioni dell'equilibrio	1.829	0,911	**0,380**
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, eta` < 18	2.080	1,035	**0,433**
073	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` > 17	1.427	0,710	**0,444**
074	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, eta` < 18	502	0,250	**0,087**
088	Malattia polmonare cronica ostruttiva	5.338	2,657	**1,383**
131	Malattie vascolari periferiche, senza cc	1.611	0,802	**0,500**
133	Aterosclerosi, senza cc	2.087	1,039	**0,219**
134	Ipertensione	7.938	3,952	**0,368**
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca, senza cc	3.410	1,698	**1,230**
142	Sincope e collasso, senza cc	1.140	0,568	**0,386**
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` >17 senza cc	8.801	4,381	**1,269**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso bench-mark
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, eta` < 18	5.243	2,610	**0,906**
187	Estrazioni e riparazioni dentali	309	0,154	**0,265**
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, eta` > 17 senza cc	3.204	1,595	**0,616**
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne,cirrosi,epatite alcolica, senza cc	4.111	2,047	**0,482**
208	Malattie delle vie biliari, senza cc	1.760	0,876	**0,506**
241	Malattie del tessuto connettivo, senza cc	2.887	1,437	**0,525**
243	Affezioni mediche del dorso	3.344	1,665	**1,125**
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche, senza cc	2.039	1,015	**0,483**
248	Tendinite, miosite e borsite	881	0,439	**0,362**
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.926	0,959	**0,691**
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta` >17 senza cc	950	0,473	**0,105**
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, eta` <18	404	0,201	**0,076**
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, eta`>17 senza cc	1.899	0,945	**0,307**
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.052	1,022	**1,618**
276	Patologie non maligne della mammella	180	0,090	**0,055**
281	Traumi della pelle, del tessuto subcutaneo e della mammella, eta`>17 senza cc	1.428	0,711	**0,207**
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, eta`<18	511	0,254	**0,085**
283	Malattie minori della pelle con cc	232	0,115	**0,065**
284	Malattie minori della pelle senza cc	2.606	1,297	**0,436**
294	Diabete eta` > 35	4.578	2,279	**0,584**
295	Diabete eta` < 36	891	0,444	**0,176**
299	Difetti congeniti del metabolismo	1.809	0,901	**0,222**
301	Malattie endocrine, senza cc	5.579	2,777	**0,613**
317	Ricovero per dialisi renale	111	0,055	**0,031**
323	Calcolosi urinaria, con cc e/o litotripsia mediante ultrasuoni	2.807	1,397	**0,827**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

DRG	Descrizione	N° ricoveri totale 2008	Tasso medio regionale	Tasso bench-mark
324	Calcolosi urinaria, senza cc	3.024	1,505	**0,448**
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	793	0,395	**0,168**
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, eta` < 18	196	0,098	**0,033**
329	Stenosi uretrale, eta` > 17 senza cc	117	0,058	**0,029**
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` > 17 senza cc	1.273	0,634	**0,359**
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, eta` < 18	732	0,364	**0,179**
349	Ipertrofia prostatica benigna, senza cc	870	0,433	**0,224**
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	519	0,258	**0,108**
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	4.027	2,005	**0,547**
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche	2.211	1,101	**0,397**
395	Anomalie dei globuli rossi, eta` > 17	3.429	1,707	**1,281**
396	Anomalie dei globuli rossi, eta` < 18	476	0,237	**0,097**
399	Disturbi del sistema reticoloendoteliale e immunitario senza cc	2.018	1,005	**0,320**
404	Linfoma e leucemia non acuta senza cc	2.464	1,227	**0,710**
409	Radioterapia	885	0,441	**0,377**
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	2.655	1,322	**0,359**
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	737	0,367	**0,291**
426	Nevrosi depressive	636	0,317	**0,200**
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	274	0,136	**0,126**
429	Disturbi organici e ritardo mentale	1.346	0,670	**0,517**
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	257	0,128	**0,165**
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	524	0,261	**0,652**
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	3.635	1,810	**2,258**
490	H.i.v. associato o non ad altre patologie correlate	619	0,308	**0,220**

Il DRG 410 Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta, è stato affrontato con metodo diverso.



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 4 Indirizzi dalla rete di emergenza

(si fa riferimento al documento "Regione Calabria – La rete dell'Emergenza – Urgenza" presentato separatamente)



Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 5 Posti letto attuali (2009) per struttura (pubblico e privato)

Acuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180003	P.O. CORIGLIANO	128
		180004	STAB.OSPED. DI ROSSANO	143
		180005	P.O. DI CETRARO	114
		180006	OSP.CIVILE CASTROVILLARI	141
		180007	P.O. SAN FRANCESCO PAOLA	96
		180008	OSP.CIVILE PRAIA A MARE	80
		180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	33
		180011	P.O. BEATO ANGELICO ACRI	81
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	13
		180014	STAB.OSPED. DI CARIATI	62
		180015	OSPED.CIV.S.GIOVANNI IN FIORE	83
		180016	STAB.OSPED.TREBISACCE	67
		180079	OSP.S. MARCO ARGENTANO	36
		180912	A.O. DI COSENZA	657
		180916	INRCA	72
	Totale 1			**1.806**
	2	180017	CLINICA SANTA LUCIA COSENZA	17
		180018	CASA DI CURA VILLA VERDE DONNICI (CS)	10
		180019	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE COSENZA	64
		180021	LA MADONNINA S.R.L. COSENZA	77
		180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	60

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°
		180025	ISTITUTO NINETTA ROSANO BELVEDERE MARITTIMO	128
		180027	CASA DI CURA CASCINI S.R.L. BELBEDERE MARITTIMO	88
		180028	CLINICA SACRO CUORE COSENZA	68
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	28
		180030	CASA DI CURA VILLA DEGLI OLEANDRI MENDICINO	10
		180083	CASA DI CURA SAN LUCA S.R.L. PRAIA A MARE	27
	Totale 2			**577**
Totale 201				**2.383**
202	1	180032	OSPED.CIV.S.GIOVANNI DI DIO CROTONE	399
	Totale 1			**399**
	2	180044	CASA DI CURA VILLA GIOSE CROTONE	90
		180045	CASA DI CURA S.RITA	63
		180046	CASA DI CURA REUMATOLOGICA OLIVETI COTRONEI	58
		180085	ROMOLO HOSPITAL ROCCA DI NETO	63
		180101	CALABRODENTAL CROTONE	6
	Totale 2			**280**
Totale 202				**679**
203	1	180033	OSPEDALE DI LAMEZIA TERME	281
		180040	OSPEDALE DI SOVERIA MANNELLI	102
		180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	28
		180055	OSPEDALE 8ASSO IONIO SOVERATO	90
		180913	A.O. DI CATANZARO	579
		180914	A.O. MATER DOMINI	158
	Totale 1			**1.238**
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	76
		180049	CASA DI CURA S.VINCENZO CATANZARO	10

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	57
		180051	CASA DI CURA VILLA MICHELINO S.R.L. LAMEZIA T.	54
		180052	CASA DI CURA VILLA PUCA CATANZARO	10
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	86
		180917	FONDAZIONE PER LA RICERCA E LA CURA DEI TUMORI "T. CAMPANELLA"	73
	Totale 2			**366**
Totale 203				**1.604**
204	1	180034	P.O. JAZZOLINO VIBO VALENTIA	142
		180035	P.O. DI TROPEA	65
		180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	4
		180057	P.O. DI SERRA SAN BRUNO	52
	Totale 1			**263**
	2	180047	VILLA DEI GERANI VIBO VALENTIA	36
	Totale 2			**36**
Totale 204				**299**
205	1	180060	P.O. F.PENTIMALLI DI PALMI	20
		180061	P.O. S.MARIA DEGLI UNGHERESI DI POLISTENA	126
		180062	OSPEDALE TIBERIO EVOLI MELITO PORTO SALVO	115
		1B0063	P.O. MARIA PIA DI SAVOIA DI OPPIDO MAMERTINA	22
		180064	P.O. PRINCIPESSA DI PIEMONTE DI TAURIANOVA	18
		180067	OSPEDALE SCILLESI D'AMERICA DI SCILLA	45
		180068	P.O. GIOVANNI XXIII DI GIOIA TAURO	32
		180915	A.O. DI REGGIO CALABRIA	580
	Totale 1			**958**
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	96
		180073	CASA DI CURA VILLA AURORA REGGIO CALABRIA	87

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/	Pubbl (1)			N°
		180074	POLICLINICO MADONNA DELLA CONSOLAZIONE RC	219
		180075	CASA DI CURA VILLA CAMINITI VILLA SAN GIOVANNI	48
		180076	CASA DI CURA VILLA SANT'ANNA REGGIO CALABRIA	34
		180077	CASA DI CURA VILLA ELISA CINQUEFRONDI	53
	Totale 2			**537**
Totale 205				**1.495**
206	1	180059	OSPEDALE CIVILE DI LOCRI	338
		180069	OSPEDALE CIVILE DI SIDERNO	22
	Totale 1			**360**
Totale 206				**360**
Totale complessivo				**6.820**

Nota. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Postacuzie

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
201	1	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
		180013	OSPEDALE DI MORMANNO	66
		180014	STAB.OSPED. DI CARIATI	20
	Totale 1			**118**
	2	180024	VILLA ORTENSIA COSENZA	15
		180029	CASA DI CURA SCARNATI COSENZA	14
		180042	CASA DI CURA MADONNA DELLA CATENA LAURIGNANO	134
		180081	CASA DI CURA M.MISASI GR.S.BARTOLO COSENZA	60
		180084	MEDICAL HOTEL CLIMAT.SPES P.ARENA SANGINETO	27
		180086	CASA DI CURA S.FRANCESCO MENDICINO	60
	Totale 2			**310**
Totale 201				**428**
202	2	180054	ISTITUTO SANT'ANNA CROTONE	160
	Totale 2			**160**
Totale 202				**160**
203	1	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
		180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
		180913	A.O. DI CATANZARO	2
	Totale 1			**16**
	2	180043	CASA DI CURA VILLA DEL SOLE CATANZARO	46
		180050	CASA DI CURA VILLA SERENA CATANZARO	30
		180053	CASA DI CURA SANT'ANNA HOSPITAL CATANZARO	4
	Totale 2			**80**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP/ ASL	Pubbl (1) Privato (2)	cod	Denominazione Azienda	N° PL
Totale 203				**96**
204	1	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
	Totale 1			**20**
Totale 204				**20**
205	1	180067	OSPEDALE SCILLESI D'AMERICA DI SCILLA	32
	Totale 1			**32**
	2	180071	ISTITUTO ORTOPEDICO MEZZOGIORNO D'ITALIA RC	20
	Totale 2			**20**
Totale 205				**52**
Totale complessivo				**756**

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 6 Tabella tassi di occupazione per specialità utilizzati nel calcolo di posti letto

Il tasso di occupazione è calcolato su 365 giorni all'anno per i ricoveri ordinari (RO) e su 250 giorni all'anno per quelli diurni (DH)

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti	80%	150%
			25	Medicina del lavoro	80%	150%
			57	Fisipatologia della riproduzione umana	80%	150%
			66	Oncoematologia pediatrica	80%	150%
			71	Reumatologia	80%	150%
			77	Nefrologia pediatria	80%	150%
		2	1	Allergologia	80%	150%
			18	Ematologia	85%	150%
			19	Malattie endocrine, della nutrizione e del ricamb.	80%	150%
			21	Geriatria	80%	150%
			24	Malattie infettive e tropicali	75%	150%
			52	Dermatologia	80%	150%
			58	Gastroenterologia	80%	150%
			65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)	80%	150%
			68	Pneumologia	85%	150%
			70	Radioterapia (vedere codice 74)	80%	150%
			74	Radioterapia oncologica	80%	150%
		3	8	Cardiologia	80%	150%
			26	Medicina generale	85%	150%
			29	Nefrologia	80%	150%
			32	Neurologia	80%	150%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
			64	Oncologia	80%	150%
	2	1	6	Cardiochirurgia infantile	80%	150%
			7	Cardiochirurgia	80%	150%
			10	Chirurgia maxillo-facciale	80%	150%
			11	Chirurgia pediatrica	80%	150%
			12	Chirurgia plastica	80%	150%
			13	Chirurgia toracica	80%	150%
			48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	80%	150%
			76	Neurochirurgia pediatrica	80%	150%
			78	Urologia pediatrica	80%	150%
		2	14	Chirurgia vascolare	80%	150%
			30	Neurochirurgia	80%	150%
			35	Odontoiatria e stomatologia	80%	150%
		3	9	Chirurgia generale	80%	150%
			34	Oculistica	85%	200%
			36	Ortopedia e traumatologia	80%	150%
			38	Otorinolaringoiatria	80%	150%
			43	Urologia	80%	150%
	3	2	33	Neuropsichiatria infantile	80%	150%
		3	31	Nido	80%	150%
			37	Ostetricia e ginecologia	75%	150%
			39	Pediatria	75%	150%
			62	Neonatologia	80%	150%
	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche	80%	150%
			47	Grandi ustionati	80%	150%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Acu	Area	diffus	Codice	Descrizione	Tasso Occup. RO	Tasso Occup. DH
		2	73	Terapia intensiva neonatale	80%	150%
		3	49	Terapia intensiva	80%	150%
			50	Unità coronarica	80%	150%
			51	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza	80%	150%
	5	3	40	Psichiatria	80%	150%
	7		2	Day hospital (multispecialistico)	80%	150%
			3	Anatomia e istologia patologica	80%	150%
			5	Angiologia	80%	150%
			15	Medicina sportiva	80%	150%
			27	Medicina legale	80%	150%
			41	Medicina termale	80%	150%
			42	Tossicologia	80%	150%
			54	Emodialisi	80%	150%
			55	Farmacologia clinica	80%	150%
			61	Medicina nucleare	80%	150%
			67	Pensionanti (multispecialistico)	80%	150%
			69	Radiologia	80%	150%
			82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale)	80%	150%
			97	Detenuti	80%	150%
			98	Day surgery	80%	150%
1	6	1	28	Unità spinale	80%	150%
		2	75	Neuroriabilitazione	80%	150%
		3	56	Recupero e riabilitazione funzionale	85%	150%
			60	Lungodegenti	90%	150%

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 7 Tabella sul ruolo del presidio pubblico all'interno del sistema di emergenza

La rete d'emergenza ha classificato le strutture in cinque gruppi a cui corrispondono le rispettive tipologie di ospedale:

1. HUB: le aziende ospedaliere sede di DEA di secondo livello
2. SPOKE: I presidi di ASP sede di DEA di primo livello
3. Ospedale generale: I presidi di ASP di base sede di pronto soccorso semplice
4. Ospedale di Zona Montana: un pronto soccorso h24 direttamente collegato al Centro spoke di riferimento con organico condiviso (vedere la definizione completa nel documento della rete di emergenza/urgenza. Essa costituisce una fase sperimentale di transizione fino alla realizzazione della rete E/U a pieno regime e opportunamente collaudata. Una descrizione completa delle funzioni dell'ospedale di Zona Montana si trova nel documento "Il riordino della rete di Emergenza/Urgenza".
5. Ospedale Distrettuale: le strutture territoriali con un Punto di primo intervento (PPI) 24H/12H.
6. Struttura riabilitativa con un Punto di primo intervento (PPI) 24H/12H.
7. Presidi senza un ruolo all'interno della rete emergenza-urgenza.

Acuzie

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
201	1	180912	COSENZA	594
	2	180004	ROSSANO (3)	92
	2	180005	CETRARO (4)	91

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
	2	180006	CASTROVILLARI	124
	2	180003	CORIGLIANO CALABRO (3)	100
	2	180007	PAOLA (4)	86
	4	180011	ACRI	65
	4	180015	SAN GIOVANNI IN FIORE	33
	5	180008	PRAIA A MARE (*)	69
	5	180009	LUNGRO (*)	19
	6	180013	MORMANNO (*) (postacuzie)	14
	5	180014	CARIATI (*)	43
	5	180016	TREBISACCE	50
	5	180079	SAN MARCO ARGENTANO	19
	5	180912	ROGLIANO	51
	7	180916	INRCA	39
Totale 201				1.4B9
202	2	180032	CROTONE	2B6
Totale 202				286
203	1	180913	CATANZARO (Pugliese Ciaccio)	547
		180914	CATANZARO (Mater Domini)(2)	111
	2	180033	LAMEZIA TERME	225
	3	180055	SOVERATO	71
	4	180040	SOVERIA MANNELLI (*)	39
	5	180041	CHIARAVALLE CENTRALE (*)(**)	14
Totale 203				1.007
204	2	180034	VIBO VALENTIA	134
	3	180035	TROPEA	37

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

ASP	Emerg	cod	Comune	N° PL Normalizzati (5)
	4	180057	SERRA SAN 8RUNO	29
	5	180056	SORIANO CALABRO (**)	22
Totale 204				222
205	1	180915	REGGIO DI CALABRIA	516
	2	180061	POLISTENA	131
	3	180062	MELITO DI PORTO SALVO	63
	3	180068	GIOIA TAURO	23
	5	180060	PALMI	19
	5	180063	OPPIDO MAMERTINA (*)(**)	11
	5	180064	TAURIANOVA (**)	13
	5	180067	SCILLA (*)(**)	15
Totale 205				791
206	2	180059	LOCRI	219
	5	180069	SIDERNO (**)	17
Totale 206				236
Totale complessivo				**4.031**

Nota 1. I posti letto contenuti in tabella non comprendono il nido (cod. 31) e i detenuti (cod. 97)

Nota 2. L'azienda è integrata con Pugliese Ciaccio per alcune funzioni di supporto; non è possibile un ricovero diretto in emergenza ma esclusivamente come trasferimento da presidio sede di pronto soccorso.

Nota 3. I presidi Rossano e Corigliano Calabro sono un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 4. I presidi Cetraro e Paola sono un unico presidio SPOKE articolato in due stabilimenti. Nel triennio verrà effettuata una graduale articolazione dei due stabilimenti per concentrare l'emergenza in uno e le attività di elezione nell'altro.

Nota 5. I posti letto normalizzati sono calcolai sulla base dei ricoveri appropriati e il tasso di occupazione per singola specialità (allegato 6).

(*) i presidi indicati con l'asterisco sono quelli in cui sono previste le funzioni di ospedale di comunità nel Piano regionale per la salute 2004-2006.

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

(**) i presidi indicati con un doppio asterisco sono indicati come Case della salute nel DGR 740 del 4/11/2009.

Postacuzie

ASP	Cod	Denominazione ospedale	N. PL.
201	180009	OSPED.GENERALE LUNGRO	32
	180013	OSPEDALE DI MORMANNO	48
Totale 201			80
203	180041	OSPEDALE DI CHIARAVALLE CENTRALE	12
	180055	OSPEDALE BASSO IONIO SOVERATO	2
	180913	A.O. DI CATANZARO	2
Totale 203			16
204	180056	P.O. DI SORIANO CALABRO	20
205	180067	OSPEDALE SCILLESI D'AMERICA DI SCILLA	32
Totale			**148**
Posti letto da creare			616
Totale			**764**

Allegato 8 Articolazione di strutture organizzative per specialità e Azienda sanitaria

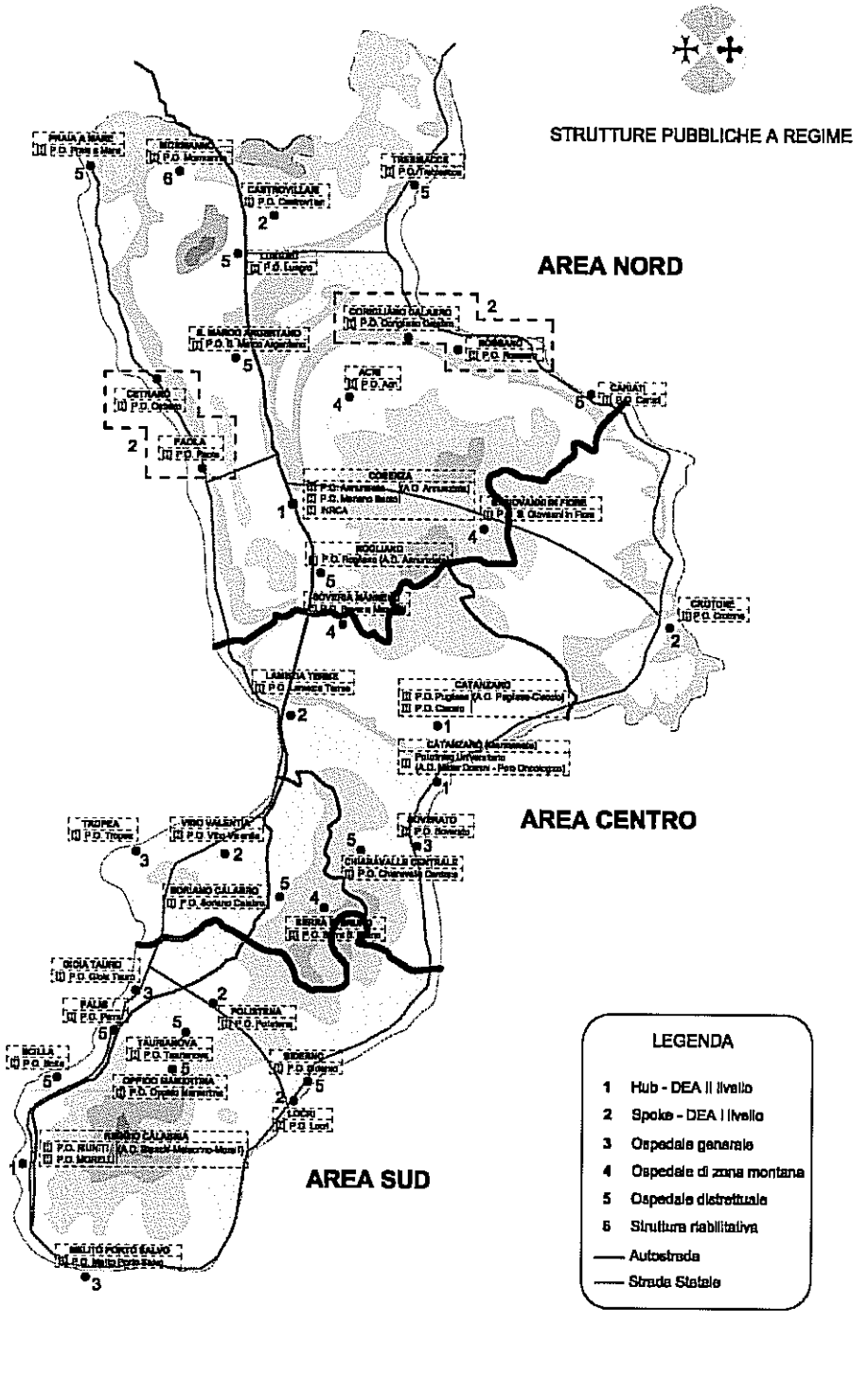
					201				201				202				203				203				203				204				205				205				Totale				
					AO				ASP				ASP				AO				AOU				ASP				ASP				AO				ASP								
					COSENZA				COSENZA				CROTONE				CATANZARO				CATANZARO				CATANZARO				VIBO VALENTIA				REGGIO DI CALABRIA				REGGIO DI CALABRIA				Regione				
Acu	Area	diffe	cod	Descrizione	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1deg SC	2deg SS	3serv SC	4serv SS	Tot
0	1	1	20	Immunologia e centro trapianti																																									
0	1	1	25	Medicina del lavoro																																							1		1
0	1	1	57	Fisiopatologia della riproduzione umana																	1												1								1				1
0	1	1	66	Oncoematologia pediatrica																	1																				1				1
0	1	1	71	Reumatologia																																					1				1
0	1	1	77	Nefrologia pediatria																																					1				1
0	1	2	1	Allergologia			1												1																									
0	1	2	18	Ematologia	1												1																										3		3
0	1	2	19	Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1												1																								3				3
0	1	2	21	Geriatria	1												1																								3				3
0	1	2	24	Malattie infettive e tropicali	1												1																								3				3
0	1	2	52	Dermatologia	1												1																								3				3
0	1	2	58	Gastroenterologia	1												1																								3				3
0	1	2	65	Oncoematologia (vedere Ematologia cod 18)																																					3				3
0	1	2	68	Pneumologia	1												1																												
0	1	2	70	Radioterapia (vedere codice 74)																																					3				3
0	1	2	74	Radioterapia oncologica			1												1																										
0	1	3	8	Cardiologia	1				3				1				1				1				1				1												3				3
0	1	3	6	Emodinamica (SS)		1				1				1				1																					2	1			12	1			13
0	1	3	26	Medicina generale	1				3	2			1				1				1				1					1									1				6				6
0	1	3	29	Nefrologia	1					5				1			1				1	1			1	1			1									3	1			13	5			18
0	1	3	32	Neurologia	1				3				1				1				1				1					2									4				3	14			17
0	1	3	64	Oncologia	1							2				1	1				1				1				1									2	1			12	1			13
0	2	1	6	Cardiochirurgia infantile																								1				1								2			3			7	10
0	2	1	7	Cardiochirurgia																																									
0	2	1	10	Chirurgia maxillo-facciale													1																										1				1
0	2	1	11	Chirurgia pediatrica	1												1																										1				1
0	2	1	12	Chirurgia plastica													1																										2				2
0	2	1	13	Chirurgia toracica													1																										1				1
0	2	1	48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)																																							1				1
0	2	1	76	Neurochirurgia pediatrica																																						1				1
0	2	1	78	Urologia pediatrica																																										
0	2	2	14	Chirurgia vascolare	1												1																										3				3
0	2	2	30	Neurochirurgia	1												1																										3				3
0	2	2	35	Odontoiatria e stomatologia	1												1																										3				3
0	2	3	9	Chirurgia generale	1				3	2			1				1				1				1	1			1												3		1		4
0	2	3	34	Oculistica	1				1				1				1				1				1				1									3	1			13	5			18
0	2	3	36	Ortopedia e traumatologia	1				3	2			1				1				1				1				1									1				8				8
0	2	3	38	Otorinolaringoiatria	1				1				1				1				1	1			1	1			1									2	2			12	6			18
0	2	3	43	Urologia	1				1				1				1				1				1				1									2				10				10
0	3	2	33	Neuropsichiatria infantile			1												1																								9				9
0	3	3	31	Nido				1				2				1				1								1															3			3
0	3	3	37	Ostetricia e ginecologia	1				3				1				1								1					1			1				2							10	10
0	3	3	39	Pediatria	1				3				1				1				1					1			1				1				2				11				11
0	3	3	62	Neonatologia	1					2				1			1									1			1				1				2				11				11
0	4	1	46	Grandi ustioni pediatriche																													1					2			3	7			10
0	4	1	47	Grandi ustionati																																									
0	4	2	73	Terapia intensiva neonatale	1												1																												
0	4	3	49	Terapia intensiva	1				3				1				1				1				1				1									3				3				3
0	4	3	50	Unità coronarica		1				3				1				1				1				1				1								3				13				19
0	4	3	51	Medicina e chirurgia di accettazione e emergenza	1				3			2	1				1								1			1	1			1	1					3				13				13
0	5	3	40	Psichiatria	1				3				1				1								1				1				1				2	1		1	11	1		5	17
0				Totale Acuzie	28	2	3	1	33	17		6	13	4	0	2	30	2	3	1	13	1	1	0	12	7	0	3	13	7	0	3	30	2	4	1	27	17		5	199	59	11	22	291

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

					201				201				202				203				203				203				204				205				205				Totale				
					AO				ASP				ASP				AO				AOU				ASP				ASP				AO				ASP								
					COSENZA				COSENZA				CROTONE				CATANZARO				CATANZARO				CATANZARO				VIBO VALENTIA				REGGIO DI CALABRIA				REGGIO DI CALABRIA				Regione				
Acu	Area	diff	cod	Descrizione	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1 deg SC	2 deg SS	3 serv SC	4 serv SS	1deg SC	2deg SS	3 serv SC	4 serv SS	Tot
0	7		5	Angiologia																																									
0	7		54	Emodialisi (vedere nefrologia)																																									
0	7		2	Day hospital (multispecialistico)																																									
0	7		3	Anatomia e istologia patologica			1				3				1				1				1				1				1										3				13		13
0	7		15	Medicina sportiva																																									
0	7		27	Medicina legale																																									
0	7		41	Medicina termale																																								1		1
0	7		42	Tossicologia																																									
0	7		55	Farmacologia clinica																																									
0	7		61	Medicina nucleare			1							1									1																					4		4
0	7		67	Pensionanti (multispecialistico)																																									
0	7		69	Radiologia			1				3	3			1				1				1						1	1			1	2			1				3	1			13	7	20
0	7		82	Anestesia e rianimazione (Serv. ambulatoriale vedere 49)																																									
0	7		97	Detenuti																																									
0	7		98	Day surgery																																									
0	7			Laboratorio d'analisi			1				3	3			1				1				1				1	1			1	2			1						3	1			13	7	20
0	7			Servizio trasfusionale			1				3				1				1					1			1				1				1						2				11	1	12
0	7			Microbiologia e virologia			1												1				1												1										4		4
0	7		DS	Direzione sanitaria di presidio			1				3	3			1				1				1	1			1	1			1										3	1			13	6	19
0	7		F	Farmacia ospedaliera			1				3				1				1				1				1				1										2	1			12	1	13
				Totale servizi	0	0	8	0	0	0	18	9	0	0	7	0	0	0	7	0	0	0	8	1	0	0	6	3	0	0	6	5	0	0	8	0	0	0	16	4	0	0	84	22	106
1	6	1	26	Unità spinale																																									
1	6	2	75	Neuroriabilitazione																																										
1	6	3	56	Recupero e riabilitazione funzionale					1				1														1												2				6				6
1	6	3	60	Lungodegenti																																									
				Totale postacuzie	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	0	0	0	6
				Totale generale	28	2	11	1	34	17	18	15	14	4	7	2	30	2	10	1	13	1	9	1	13	7	6	6	14	7	6	8	30	2	12	1	29	17	16	9	205	59	95	44	403

Regione Calabria – il riordino della rete ospedaliera

Allegato 9 Carta geografica con le strutture ospedaliera



All.2

REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete di Emergenza - Urgenza

13 ottobre 2010

Indice

Introduzione **3**

Emergenza territoriale **7**

Continuità assistenziale **10**

Rete ospedaliera dell'emergenza **10**

Funzioni di Hub 11

Funzioni di Spoke 13

Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale 14

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di Zona Montana 15

Punti di Primo Intervento 17

Disegno della rete 19

Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete 22

Prossime azioni da svolgere **24**

Allegato 1: Strutture attuali riclassificate (Pubbliche) **26**

Introduzione

A seguito dell'emanazione del DPR 27 marzo 1992 (Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza, G.U. n. 76 del 31/3/92), si è assistito ad una radicale trasformazione dei Servizi di emergenza, nel tentativo di sviluppare il passaggio dalla tradizionale offerta di prestazioni, sia territoriali che ospedaliere, ad un vero e proprio "Sistema di Emergenza" che vede i diversi elementi coinvolti, Centrali Operative 118 (C.O.118) e Dipartimenti di Emergenza-urgenza e Accettazione (D.E.A.), tra loro integrati e cooperanti nel raggiungimento di un obiettivo comune: garantire l'omogeneità e la continuità tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e i P.S./D.E.A. che sono le componenti essenziali del complesso Sistema dell'emergenza sanitaria.

Il Sistema di Emergenza Territoriale 118 opera nella fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria e il coordinamento delle attività di soccorso per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitaria più appropriata.

Il P.S./D.E.A. opera nella fase di "risposta", per garantire l'assistenza necessaria attraverso l'inquadramento diagnostico del paziente, l'adozione di provvedimenti terapeutici adeguati, l'osservazione clinica, l'eventuale ricovero del paziente.

Nonostante l'importanza del ruolo svolto e dalle cospicue risorse utilizzate in termini di uomini, mezzi e strutture, il Sistema dell'Emergenza-urgenza della Regione Calabria si presenta ancora frazionato nei singoli ambiti, frequentemente tra loro non coordinati, e risulta essere utilizzato spesso in modo inappropriato.

Pur garantendo anche se in maniera disomogenea risposte accettabili ed a tratti di eccellenza, tutto il sistema regionale mostra in molti aspetti obsolescenza, diseconomicità, scarsa efficienza, che richiedono una rivisitazione complessiva.

L'inappropriatezza risulta evidente ove si consideri che solo ad una ridotta proporzione degli accessi in PS segue il ricovero, ed una elevata proporzione di casi presenta problemi non gravi o urgenti, trattabili in modo efficace in altre strutture.

Dovrà essere evitata la proliferazione di strutture complesse e costose, che, utilizzando quelle esistenti al massimo del rendimento, e non solo saltuariamente, in modo da impedire spreco di tecnologie sofisticate e di personale qualificato.

Ciononostante è imperativo pensare all'investimento di risorse in quei settori, quali la rete della emergenza territoriale, che sono strategici al mantenimento qualitativo delle prestazioni ed il cui rafforzamento è propedeutico alla razionalizzazione di investimenti altrimenti assai più onerosi ed ingiustificati.

Infatti, la necessaria riorganizzazione della rete degli ospedali e delle strutture complesse in essi operanti, dettata dalle esigenze dei piani di rientro, non deve in nessun modo penalizzare i livelli qualitativi dei servizi per il cittadino.

Nella elaborazione del modello qui di seguito proposto si è fatto riferimento a principi fondamentali di analisi e progettazione quali:

1) lo studio delle SDO e delle prestazioni realmente erogate;

2) l'individuazione e l'implementazione, con i necessari correttivi ed integrazioni, della rete di Emergenza nelle sue integrazioni tra il Sistema di Emergenza Territoriale 118 e la rete ospedaliera secondo il criterio HUB and Spoke, ps semplice nell'Ospedale Generale, ps di base nell'Ospedale di Zona Montana, ppi nell'Ospedale Distrettuale, postazioni ambulanza (pet) come canovaccio di base su cui costruire poi la rete di tutte le patologie;

3) per quanto riguarda il servizio di Continuità Assistenziale si propone un'analisi specifica, in quanto la sua possibile integrazione nella rete della emergenza urgenza potrebbe rappresentare un notevole valore aggiunto. Tale argomento richiede comunque una trattazione dedicata per i suoi elementi di peculiarità normativa e per la necessità di una profonda riorganizzazione al fine di sfruttarne appieno le potenzialità nel campo delle urgenze di bassa criticità;

4) si evidenzia nel corso dell'analisi la necessità della creazione di forti riferimenti in sede di struttura assessorile regionale che operano insieme al coordinamento dei gestori delle reti per condividere il modello e garantirne la attuazione;

5) il percorso di realizzazione concreta della rete che viene proposto prevede, come *conditio sine qua non*, l'individuazione di un Settore unico per l'emergenza sanitaria (ospedaliera e territoriale, 118, guardia medica) di riferimento presso l' Assessorato alla Salute che si avvale di:

- coordinamento dei Servizi di Emergenza Territoriale 118;
- coordinamento dei Dipartimenti di Emergenza e Pronti Soccorsi – PPI;
- gruppi di lavoro multidisciplinari da costituirsi in relazione a percorsi peculiari nella rete delle patologie complesse (rianimatori, cardiologi, neurochirurghi, ecc).

Il ruolo dei gruppi di lavoro è rafforzato dalla gestione centralizzata delle attività da parte dell' Assessorato che ne coordinerà l'attuazione vigilando sulla aderenza alle finalità e loro condivisione concretizzandone poi i contenuti con gli opportuni provvedimenti.

L'Assessorato dovrà seguire l'impostazione e la definizione, da parte dei coordinamenti, di percorsi formativi unificati per gli operatori idonei a creare uniformità di comportamento organizzativo e professionale, realizzando contestualmente un importante ottimizzazione delle risorse anche economiche.

Le prime azioni hanno portato alla individuazione delle priorità imprescindibili per il funzionamento non solo del sistema dell'emergenza, ma della intera rete della sanità regionale calabrese articolati in Sistemi di Comunicazione e Livelli Organizzativi.

Sistemi di Comunicazione:

- istituzione di una rete radio regionale su frequenze sanitarie dedicate ministeriali;
- istituzione di un sistema informatico omogeneo e integrato per 118 e DEA;
- definizione di una modulistica unificata e compatibile per 118 e DEA;
- avvio di programmi informatizzati di trasmissione dati dai mezzi e dalle strutture territoriali ai presidi sanitari.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Livelli Organizzativi:

- definizione a livello regionale delle centrali operative, dei Pronti soccorso e dei Dipartimenti di Emergenza (in armonia con l'Hub e Spoke), indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione di un criterio per la quantificazione e allocazione della rete delle postazioni di ambulanza medicalizzata e di base e dei punti di primo intervento indicando i parametri numerici di riferimento;
- definizione in accordo con la normativa nazionale (documento Conferenza Stato-Regioni) della funzione di triage e relativi protocolli;
- definizione delle postazioni di guardia medica e della loro struttura organizzativa (centralizzazione delle chiamate, tipologie di interventi, ecc.);
- definizione di linee guida e protocolli organizzativi e clinici con particolare riferimento alla gestione dei trasporti primari urgenti, secondari urgenti e programmati;
- definizione della rete delle patologie complesse;

- definizione di protocolli relativi alla gestione del servizio di elisoccorso e programmazione su base regionale del numero delle basi operative, loro operatività e definizione della rete delle elisuperfici a servizio delle strutture ospedaliere, dei siti di atterraggio di pubblico interesse e delle elisuperfici a servizio delle comunità isolate;
- linee guida per la gestione delle maxi-emergenze e relativo progetto operativo anche interregionale.

Prendendo in considerazione l'integrazione operativa tra il Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale "118" e la rete dei D.E.A., è fondamentale stabilire i termini di tale interazione che deve essere attuata preservando la autonomia organizzativa di ciascun sistema, facendo crescere l'organizzazione a livello di coordinamento. Nella rete dei DEA, secondo il concetto di rete Hub and Spoke, dovranno trovare aggregazione i PPI, ad elevato numero di passaggi, di competenza territoriale.

Il criterio di realizzazione della Rete delle Patologie Complesse (Sindrome Coronarica Acuta, Ictus, Trauma, Ustione, Urgenze Pediatriche ed Ostetrico-Ginecologiche, e tutte le situazioni che prevedono livelli organizzativi superiori, ivi compresa la diagnosi precoce ed il trasporto protetto verso Centri a funzione sovra zonale), sarà quello di definire i nodi e le sedi di riferimento in armonia con la rete Hub and Spoke articolata come sotto descritto e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini e di comunicazione, utilizzando consulenze a distanza da parte di specialisti allocati solo nei centri di riferimento al fine di evitare trasferimenti impropri.

Emergenza territoriale

Il sistema della emergenza territoriale è costituito da n. 5 Centrali Operative: Cosenza, Catanzaro, Crotone, Vibo Valentia e Reggio Calabria e da n. 50 postazioni PET complessive dislocate sul territorio provinciale e coordinate dalla corrispondente Centrale Operativa.

La risposta delle Centrali Operative 118 si concretizza principalmente nella modulazione della risposta al bisogno sanitario espresso dalla popolazione, nell'attivazione e nel coordinamento dei mezzi, di terra ed aerei idonei alla necessità evidenziata e nella scelta della competenza ospedaliera indicata per la patologia oggetto dell'intervento.

Le Centrali attuano, con procedure condivise, la valutazione sanitaria telefonica, la gestione dei mezzi di soccorso quali: basi di elisoccorso, ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico ed infermiere a bordo, auto mediche e ambulanze di base con personale soccorritore (M.S.B.).

La Regione provvede a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard previsti in sede di conferenza Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali.

Un criterio semplicistico di riduzione delle postazioni soltanto sulla base della quantità degli interventi e/o dei chilometri percorsi non è percorribile in quanto porterebbe a dei gravi squilibri di copertura territoriale. Alla luce di una pur necessaria razionalizzazione, si impone un lavoro tecnico assai complesso di adeguamento dei criteri di distribuzione dei mezzi secondo standard di estensione di superficie servita e densità abitativa modulati secondo alcuni parametri quali: flussi turistici stagionali, percorribilità della rete viaria, climatologia, distanza dai presidi ospedalieri di riferimento.

L'utilizzo di un criterio omogeneo e razionale stabilito a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità potrà assicurare la copertura del territorio con i mezzi medicalizzati, su cui imperniare una efficace rete di ambulanze di base.

Il fabbisogno standard definito per il territorio di competenza di ciascuna Centrale Operativa, va esaminato e condiviso dai Responsabili delle Centrali Operative, formalizzato dal Coordinamento delle stesse ed approvato dall'Assessorato alla Sanità.

E' necessario un momento di informazione e condivisione con le istituzioni che governano il territorio, con una proposta tecnicamente difendibile ed omogenea, al fine di evitare spinte campanilistiche che potrebbero squilibrare il sistema.

Il criterio iniziale per la determinazione del fabbisogno di unità di soccorso si basa sulla attribuzione di una ambulanza avanzata ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio comunque non superiore a 350 Kmq. e si attua applicando la seguente formula :

$$\text{n. di Ambulanze Avanzate per Centrale} = \frac{(\text{n. abitanti} : 60.000) + (\text{superficie} : 350\ \text{Kmq.})}{2}$$

Come precedentemente descritto ai risultati ottenuti dalla formula standard dovranno, su indicazione dei Responsabili di Centrale Operativa, essere apposti alcuni correttivi derivanti da fattori specifici quali:

- vie di comunicazione;
- vincoli orografici e climatologici;
- tempi di percorrenza per l'arrivo sul luogo e relativa ospedalizzazione del paziente;
- distribuzione dei presidi ospedalieri con DEA o Pronto Soccorso;
- distribuzione dei Punti di Primo Intervento anche a seguito di ridefinizioni della rete dei P.S. e eventuali riconversioni;
- flussi turistici stagionali;
- rete elisoccorso.

La scelta di utilizzare l'elisoccorso viene effettuata quando l'intervento con il mezzo aereo risulta essere il più idoneo come risposta ad un codice di valutazione.

La disponibilità di un elicottero di soccorso permette di trasportare un'équipe altamente specializzata in luoghi distanti nei quali i mezzi medicalizzati impiegherebbero molto tempo e permette di ricoverare il paziente critico nell'ospedale idoneo con minore disagio per il paziente.

Tuttavia anche in questo ambito è utile prevedere una diversa organizzazione che passi attraverso un coordinamento regionale ed una più puntuale ed appropriata utilizzazione.

Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale iniziando dalla centralizzazione delle chiamate presso le Centrali Operative 118, con apposito nucleo di gestione delle stesse.

Successivamente potranno essere messe a disposizione della continuità Assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali Operative con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza.

Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale con medico a bordo, riorganizzando il servizio (che conta 335 postazioni con un totale di 1.340 medici) in funzione di una più razionale ed appropriata rete territoriale e ospedaliera dell'emergenza.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite nel momento in cui il sistema di acquisizione dei dati, previsto dal già citato D.M. 17 dicembre 2008 "istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" (GU n. 9 del 13 gennaio 2009), andrà a regime.

Presupposto essenziale alla fruibilità delle potenzialità delle Centrali Operative è l'innesco di un processo di razionalizzazione della rete ospedaliera e dei Pronto Soccorso.

Rete ospedaliera dell'emergenza

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, dal punto di vista dei criteri generali organizzativi, si è stabilito un Centro HUB ogni 500.000 - 1.000.000 abitanti e si deve prevedere uno SPOKE in ogni ambito territoriale corrispondente ad un bacino di utenza di almeno 150.000 - 300.000 abitanti o inferiore qualora il tempo di accesso da un ospedale alla più vicina sede di SPOKE superi i 60 minuti, considerando che il centro HUB funge anche da SPOKE per il bacino di competenza.

Nel ribadire la funzione interdisciplinare dei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (D.E.A.) come asse portante dell'organizzazione del soccorso, il modello organizzativo deve prevedere la individuazione di un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza).

In questo contesto gli organici dedicati e specifici per l'emergenza ospedaliera devono divenire un vero e proprio team di risorse professionali che, secondo le caratteristiche del territorio e dei presidi che vi insistono, possa spalmare le proprie competenze sull'intero scenario delle strutture dedicate all'emergenza. Dai centri di eccellenza caratterizzati da elevati livelli tecnologici e di competenza specialistica, deve svilupparsi una stretta interazione professionale tecnologica in grado di soddisfare le esigenze funzionali dei presidi non sede di D.E.A. e dei punti di primo intervento" che dovranno essere direttamente collegati allo SPOKE o HUB di competenza.

Laddove non ancora in atto si impone la applicazione del Sistema "Triage", quale strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi per acuti, uniformando i sistemi di risposta all'emergenza–urgenza ai criteri generali contenuti nelle Linee guida emanate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 ottobre 2001, in tema di triage (Accordo Stato Regioni del 25 ottobre 2001-G.U. del 7 dicembre 2001, n. 285).

Funzioni di HUB

Le funzioni previste per i Centri HUB possono essere erogate anche da un unico presidio ospedaliero.

L'Ospedale deve essere dotato, oltre che delle funzioni previste per il Centro SPOKE, anche delle strutture che attengono alle discipline a maggiore complessità, non previste nel Centro SPOKE o comunque non in tutti i Centri SPOKE: Cardiologia con emodinamica interventistica H. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale.

Devono essere presenti o disponibili H. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Medicina Nucleare e PET, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Il P.S. del Centro HUB deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente (anche di alta complessità) e di ricovero, in maniera da dare una risposta a tutti i bisogni sanitari complessi della popolazione.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva, di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

Oltre alle funzioni istituzionali del Centro HUB, alcune funzioni particolarmente specifiche sono svolte in un unico Centro Regionale o sovra regionale in accordo con Regioni limitrofe (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare, Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni, Microchirurgia, Chirurgia della mano, Chirurgia Vascolare, Centro Antiveleni in collegamento con Centri sovra regionali.

Obiettivo ulteriore è quello di migliorare l'effettivo funzionamento delle reti integrate per le patologie acute ad alta complessità assistenziale quale la rete per la patologia cardiovascolare, cerebro-vascolare, traumatologica, in armonia con la rete dei D.E.A. e con l'utilizzo delle moderne tecnologie di trasmissione dati e immagini.

Per queste patologie, devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

La rete di teleconsulto, inoltre, rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, nei DEA dei centri specialistici dove e' previsto il collegamento con la rete di personale sanitario dedicato alla gestione delle richieste di consulenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 500.000 / 1.000.000 abitanti.

Funzioni di SPOKE

Il Pronto Soccorso che eroga funzioni di SPOKE deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al Centro HUB o al Polo di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità.

È ubicato in un Presidio Ospedaliero che presenti una dotazione di servizi di base e specialistici di complessità medio – alta e valori adeguati di accessibilità del bacino di utenza.

Il Personale medico è costituito da Medici d'Urgenza, inquadrati in una Struttura Complessa, di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza operante sia in guardia attiva che in reperibilità anche su più presidi.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

L'Ospedale deve essere, di norma, dotato di Struttura di Medicina Generale, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per n. di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con U.T.I.C., Neurologia, Dialisi per acuti, Endoscopia in Urgenza, Psichiatria, Oculistica, O.R.L., Urologia, con servizio medico di G.A. o di Reperibilità oppure in rete per le patologie per le quali la rete stessa è prevista.

Devono essere presenti o disponibili h. 24 i Servizi di Radiologia con T.A.C. ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.

Le funzioni proprie del Centro SPOKE possono essere, nella fase di riorganizzazione, anche erogate da più strutture integrate su più presidi.

Alcuni Centri SPOKE, ma non tutti necessariamente, sulla base della definizione ed implementazione della rete delle patologie complesse, sono dotati di funzioni specifiche quali ad es. Emodinamica (a questo riguardo si veda il documento sulla rete ospedaliera, dove sono descritte le funzioni ospedale per ospedale).

Per la rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente presso i Centri HUB o occasionalmente in Centri Sovraregionali, gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 150.000 / 300.000 abitanti.

Funzioni di Pronto Soccorso semplice nell'Ospedale Generale

La funzione di P.S. semplice può essere svolta da quei presidi per cui si preveda una evoluzione a SPOKE nel tempo in attesa di eventi programmati a lunga scadenza (ad es. Gioia Tauro in attesa della creazione del nuovo presidio ospedaliero), oppure in particolari situazioni di complessità organizzativa.

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media dei passaggi.

Devono essere funzionanti 24 ore i Servizi di Radiologia, Laboratorio, Emoteca (disponibile).

Il bacino d'utenza deve comportare, di norma, un numero di accessi al pronto soccorso superiore a 20.000 unità.

Il Pronto Soccorso Semplice (P.S.) deve compiere interventi diagnostico-terapeutici, di stabilizzazione e cura del paziente, di ricovero oppure di trasferimento urgente al centro SPOKE o HUB di riferimento, secondo protocolli concordati per le patologie di maggiore complessità o che richiedano comunque tecnologie più appropriate.

È ubicato in una struttura definita "Ospedale Generale" appartenente alla rete ospedaliera, dotato di funzioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia, Ortopedia, e servizi come sotto specificati di guardia attiva o in regime di pronta disponibilità secondo le esigenze del bacino d'utenza ed il numero dei passaggi.

A regime, il personale medico appartiene alla Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza del D.E.A di riferimento e sarà reperito anche negli organici presenti, per ridistribuzione di unità o a seguito di opzione dei Medici del Presidio interessato.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 40.000 / 150.000 abitanti.

Funzioni di Pronto Soccorso di base nell'Ospedale di zona montana

Nella Regione Calabria, come in molte altre regioni italiane, esistono situazioni con ospedali per acuzie con pronto soccorso situate in aree considerate ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontato con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi. Il ruolo svolto da questi ospedali nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza si riferisce per la maggior parte alla gestione di pazienti che afferiscono da aree troppo distanti dal centro Hub o Spoke di riferimento per le quali si superano i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace, nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

Questi ospedali che hanno oggi anche una serie di funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza, con un numero di casi troppo basso per garantire la sicurezza dei ricoveri anche in relazione al mantenimento dello skill e delle competenze e che incidono pesantemente sulle tipologie di investimento richieste dalla sanità moderna, dovranno essere integrati nella rete ospedaliera.

L'ospedale distrettuale (a basso volume di attività) di area disagiata è dotato di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un Pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata al DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. E' previsto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale distrettuale al centro Spoke o Hub.

Come servizi diagnostici è prevista la radiologia con trasmissione di immagine collegata ai radiologi del centro DEA di riferimento, laboratorio con apparati per analisi fast in pronto soccorso e gestiti dal pronto soccorso stesso), la presenza di una emoteca.

L'organico medico dell'ospedale distrettuale di area disagiata dovrebbe essere così dimensionato:

- quattro medici di medicina generale (presenza di un medico 12H 5 GG alla settimana + 6H 2GG alla settimana + reperibilità) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;

- quattro medici di chirurgia generale (12 ore 5 gg la settimana + reperibilità diurna e doppia notturna, non hanno reparto) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- quattro medici anestesisti (12 ore 7 gg la settimana + reperibilità notturna) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento;
- cinque medici di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (presenza di un medico 24H, 365GG all'anno e con la medicina generale che partecipa all'attivazione della guardia attiva) che fanno riferimento alla struttura complessa del DEA di riferimento.

Le altre funzioni sono quelle tipiche dell'ospedale distrettuale. I criteri nazionali per l'attivazione dell'ospedale distrettuale di area disagiata sono:

- zona disagiata, montana o premontata con bacino di utenza servita in esclusiva tra 20.000 - 40.000 abitanti nella quale la percorrenza media sia superiore a 60 minuti in condizioni standard e, durante il periodo invernale, tempi più lunghi e imprevedibili.
- zona insulare disagiata, con insediamenti urbani indipendentemente dal bacino di utenza, dalla quale il tempo necessario a raggiungere il centro Spoke di riferimento sia superiore a 60 minuti in condizioni standard.
- un presidio in grado di essere convertito.

Il bacino d'utenza previsto è di circa 20.000 / 40.000 abitanti.

Punti di Primo Intervento

A seguito della riconversione dell'attività di un ospedale, potrebbe rendersi necessario il mantenimento di un Punto di Primo Intervento, operativo 12 o 24 ore a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie da collocare nell'Ospedale Distrettuale definito nel documento sulla rete territoriale.

Per questa funzione sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atti al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato.

I Punti di Primo Intervento si distinguono in:

- Punti di Primo Intervento, mobili (allestiti per esigenze estemporanee) o fissi (con numero di accessi < 6.000 se attivi 24 ore o < 3.000 se attivi 12 ore, assegnati al "Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118").
- Punti di Primo Intervento con numero di accessi > 6.000 fino a 20.000 se attivi 24 ore o > 3.000 se attivi 12 ore eventualmente assegnati alle strutture delle Aziende Sanitarie dopo l'attuazione della riorganizzazione della rete ospedaliera (PS, SPOKE, HUB) .
- Punti di Primo Intervento in zona disagiata con un forte presidio del 118

Le notevoli differenze tra zone a popolazione dispersa e grossi centri urbani e, d'altra parte, la necessità di garantire interventi equi ed omogenei su tutto il territorio regionale impongono una corretta programmazione dei servizi di emergenza anche nelle zone più svantaggiate:

I PPI in zona disagiata richiedono una particolare attenzione da parte dello SPOKE (o dell'HUB) a cui si riferiscono, con gestione diretta da parte degli stessi medici operanti nel Dea di riferimento e con la particolare implementazione di attività qualora i numeri lo richiedano (vedi anche Pronto Soccorso Semplice dell'Ospedale Generale).

Nel Punto di Primo Intervento è però sempre prioritaria la garanzia del trasferimento protetto del paziente stabilizzato al centro più idoneo.

Disegno della Rete

Di seguito si riporta la tabella che delinea la proposta di rete per la Regione Calabria alla luce delle considerazioni appena descritte:

Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
Cosenza AO				
				Rogliano ppi h24
			S. Giovanni in fiore	
			Acri	
	Castrovillari			
				S. Marco Argentano ppi h24
				Mormanno ppi h12 diurno
				Lungro ppi h 12 diurno
				Trebisacce ppi h24
	Rossano /Corigliano (*) Unico presidio con due strutture			
				Cariati ppi h24
	Cetraro /Paola Unico presidio con due strutture			
				Praia a mare ppi h24

Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
Catanzaro Pugliese Ciaccio				
Catanzaro Mater Domini (solo per alcune funzioni)				
		Soverato		
				Chiaravalle Centrale ppi h 12 diurno
	Lamezia Terme			
			Soveria Mannelli	
	Crotone			
	Vibo Valentia			
		Tropea		
				Soriano Calabro ppi h12 diurno
			Serra S. Bruno	

Hub	Spoke	Ospedale Generale	Ospedale di zona montana	Ospedale distrettuale
Reggio di Calabria				
				Scilla ppi h24
		Melito Porto Salvo		
	Polistena			
				Taurianova ppi h12 diurno
				Oppido Mamertina ppi h12 diurno
		Gioia Tauro, tendente a spoke nel nuovo ospedale		
				Palmi ppi h12 diurno
	Locri			
				Siderno ppi h12 diurno

*considerato spoke Rossano, l'Ospedale di Corigliano rimane come antenna di PS semplice tendente a PPI integrata con Rossano per le funzioni esistenti nella prospettiva di un unico PS tra i due presidi

Alcune considerazioni per la realizzazione effettiva della rete

Di fondamentale importanza è il lavoro di integrazione tra Hub, Spoke, PS dell'Ospedale Generale, PS dell'Ospedale di Zona Montana, PPI dell'Ospedale Distrettuale ed il Sistema di Emergenza Territoriale 118 che devono garantire un costante presidio medico unitamente alla corretta stabilizzazione e trasporto dei malati con codici rossi e gialli afferenti alle reti delle patologie complesse nell'ottica di precisi percorsi diagnostico terapeutici.

Analoga collaborazione dovrà essere instaurata i Distretti delle Cure Primarie per i codici a bassa gravità (bianchi e verdi).

A questo proposito adeguati accordi con la continuità assistenziale, oltre a permettere integrazioni tra PET, PPI e Postazioni di Guardia Medica allo scopo di razionalizzare le risorse e ridurre inutili doppioni, favoriranno la virtuosa interfaccia tra emergenza e continuità assistenziale.

L'ulteriore razionalizzazione della rete dei PPI e dei PTA dovrà avvenire in concomitanza con la riorganizzazione della rete 118, per un utilizzo più razionale dei mezzi per i trasporti urgenti, secondari urgenti ed ordinari.

È necessaria una revisione e un potenziamento della rete dei trasporti secondari, con adeguamento delle risorse da parte delle Centrali 118, dal momento che è prevedibile un notevole incremento dei trasporti da strutture a bassa intensità di cure verso strutture ad elevata complessità specialistica.

La gestione tempestiva dei trasporti intra-ospedalieri deve essere organizzata e gestita dai singoli PS e PPI in accordo con il 118 e con i centri HUB e SPOKE riceventi, che devono comunque accogliere il paziente sulla base di protocolli condivisi.

Per queste patologie, così come per quelle della rete delle patologie complesse (traumi, cardiovascolare, stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle

immagini e protocolli concordati di trasferimento urgente del paziente gestiti in accordo con le Centrali Operative 118 di competenza.

È altresì necessaria la definizione di precisi protocolli, che consentano, dopo il trattamento della fase acuta nel centro ad elevata specializzazione, il ritorno in continuità assistenziale del paziente alla sede di provenienza.

In accordo con il documento sulla rete ospedaliera e con quello che si sta delineando sulle Cure Primarie e Continuità Assistenziale, stabilita la rete territoriale dei Distretti e delle Cure Primarie, è evidente che in divenire l'Assessorato alla Sanità utilizzando gli strumenti sopra descritti potrà procedere ad ulteriori razionalizzazioni.

Sarà infatti possibile la conversione ad esempio di ppi in ambulatori delle cure primarie, mantenendo una forte funzione di presidi pet 118, provvedendo adeguatamente a separare comunque la funzione di urgenza da quella di continuità assistenziale, al fine di evitare pericolose ambiguità per il cittadino che dovrà sempre poter individuare con precisione i presidi dedicati all' urgenza (118 e rete HUB, SPOKE, Ospedale Generale, Ospedale di zona montana, con forte integrazione con i PPI degli Ospedali distrettuali e con le Postazioni di Guardia Medica) e quelli per la continuità assistenziale (Cure Primarie), che pur dialogando tra loro svolgono funzioni totalmente distinte.

Oggetto di particolare attenzione è la formazione degli operatori, attualmente non uniforme, e nel cui ambito devono essere fatti notevoli progressi rispetto alla omogeneizzazione e al livello di qualità, mettendo rigorosamente in capo all'Ente Regione la certificazione, formazione ed aggiornamento del personale, pianificata in accordo con il Coordinamento del 118 e dei Dipartimenti di Emergenza.



Prossime azioni da svolgere

Alla luce di quanto descritto e per una applicazione puntuale di quanto pianificato, nell'immediato futuro occorre affrontare le seguenti tematiche:

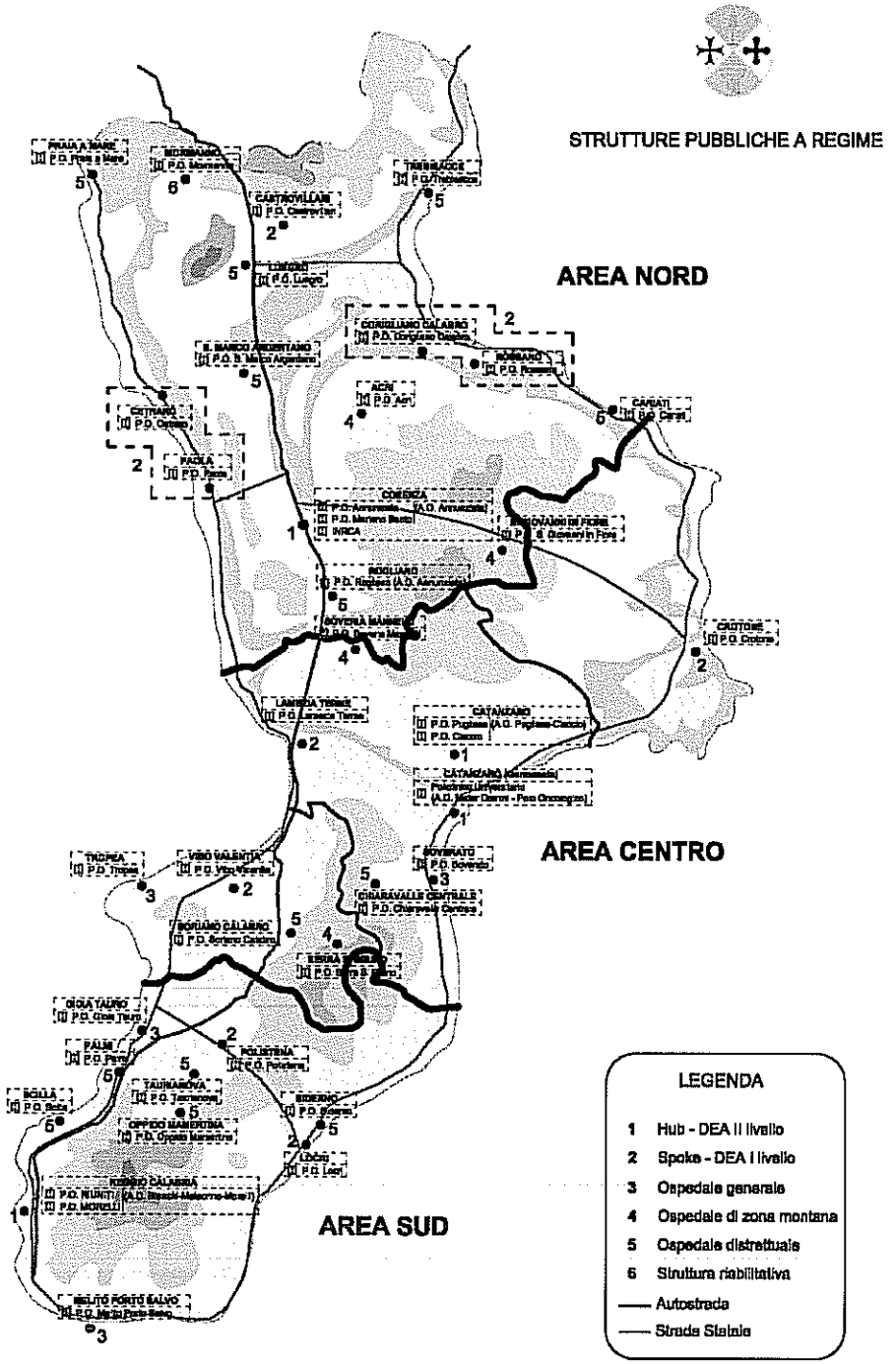
1. rafforzamento della struttura regionale per il coordinamento dei gestori delle reti di emergenza territoriale e ospedaliera;
2. implementazione della rete dei DEA, dei PS, dei PPI e del 118 e loro collegamento in ragione di una adeguata razionalizzazione che tenga conto, area per area, anche delle PET e delle postazioni di guardia medica in funzione della loro attività;
3. definizione degli organici e degli standard relativi alle strutture complesse 118 ed a quelle deputate alla emergenza ospedaliera;
4. attivazione della rete radio frequenze del 118
5. istituzione della tracciabilità degli interventi con modulistica omogenea e collegamento con le SDO utilizzando un sistema informatico regionale;
6. centralizzazione a livello provinciale delle chiamate per la Guardia Medica in attesa di definire riorganizzazione delle postazioni di continuità assistenziale e ruoli e compiti delle rispettive funzioni;
7. ridefinizione delle procedure e protocolli condivisi per dare attuazione pratica alla rete con particolare riferimento a: trasporti secondari urgenti protetti, trasporti secondari differibili, trasporti ordinari, rete psichiatrica ed implicazioni relative all' uso del TSO in urgenza, trasporto pediatrico-neonatale, percorsi per le patologie complesse;
8. mappatura e studio della rete delle elisuperfici a servizio di destinazioni sanitarie;
9. definizione del ruolo del 118 in relazione a eventi straordinari e manifestazioni di interesse pubblico;

10. creazione di protocolli per il soccorso in mare e costiero ed implicazioni delle reti;

11. definizione di regole relative ai rapporti con strutture private e convenzionate relativamente alla attività di emergenza-urgenza.



Allegato 1: Strutture attuali riclassificate pubbliche



All.3

REGIONE CALABRIA

Il riordino della rete Territoriale

18 ottobre 2010

Indice

Strategia complessiva per la ridefinizione della rete territoriale **3**

Criticità di "sistema" evidenziate nel Piano di Rientro 3

Macro-azioni di riorganizzazione e riconversione 3

Altre azioni da realizzare 4

Prestazioni Specialistiche **7**

Definizione del fabbisogno 7

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali 8

Semiresidenzialità extraospedaliera **9**

Definizione del fabbisogno 9

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali 10

Residenzialità extraospedaliera **11**

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto 12

Numeri di posti letto per categoria 17

Articolazione dei posti letto per area geografica 18

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali 20

L'attivazione della rete Territoriale **21**

Allegato 1: Ospedale Distrettuale **23**

Allegato tecnico: Step della procedura **32**

Strategia complessiva per la ridefinizione della rete territoriale

Criticità di "sistema" evidenziate nel Piano di Rientro

La caratteristica saliente del sistema sanitario calabrese è quella di fornire una risposta di ricovero ospedaliero alla maggior parte dei bisogni della popolazione, conseguendo un tasso di ospedalizzazione complessivo ancora molto alto, superiore al 220‰ ed un tasso di ricovero dei residenti nelle strutture della Regione superiore al 180‰.

Nel 40% dei casi i ricoveri riguardano soggetti ultra 65enni, che presentano molto spesso ricoveri ripetuti e di durata media superiore ai 12 giorni, ascrivibili prevalentemente a patologie di tipo cardiocircolatorio, neurologico e respiratorio. È evidente, quindi, l'elevato grado di inappropriatezza della ospedalizzazione, rispetto cui si potrebbero di fatto trovare risposte assistenziali alternative in strutture di lungodegenza o di tipo residenziale extraospedaliere.

A ciò si aggiunge che alcune strutture, in particolare piccoli presidi ospedalieri, pongono anche questioni di sicurezza per i pazienti, sollecitando una riconversione da ospedali per acuti ad una più proficua ed adeguata destinazione (es. strutture residenziali o riabilitative, ospedali distrettuali, ecc.).

Aspetti di obsolescenza, scarsa funzionalità ed efficienza caratterizzano anche la rete ospedaliera di emergenza, sollecitando un riordino complessivo e razionale, oltre ad una parallela riorganizzazione del servizio di Continuità Assistenziale (il contesto regionale presenta un rapporto addirittura di 1 medico di Continuità Assistenziale (MCA) ogni 1.500 assistiti, cioè di molte volte superiore a quanto si riscontra nelle Regioni non soggette a piano di rientro).

Macro-azioni di riorganizzazione e riconversione

A fronte delle criticità sopra riportate si rende necessario:

1. riconvertire/chiudere gli Ospedali di piccole dimensioni (in base a quanto definito nel documento sulla riorganizzazione della rete ospedaliera);
2. riorganizzare la rete di emergenza (in base a quanto definito nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza);
3. riorganizzare la Medicina di Continuità Assistenziale.

La realizzazione di questi interventi comporterà la "liberazione" di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale. Nello specifico si evidenziano come necessari tre ambiti di investimento:

1. potenziamento dell'ADI, con sviluppo delle cure palliative domiciliari e della ospedalizzazione domiciliare;
2. potenziamento della residenzialità, con sviluppo di RSA a permanenza temporanea (45-60 gg), supporto alla gestione delle dimissioni a domicilio, in grado di offrire risposte adeguate anche alle diverse tipologie emergenti di bisogno sanitario (hospice, demenza, SLA, disturbi del comportamento alimentare, salute mentale, dipendenza, ecc.);
3. implementazione di Ospedali Distrettuali con creazione di centri attivi 12h/gg e composti da team multiprofessionali fortemente integrati.

Le azioni suddette, oltre ad essere necessarie ai fini del riequilibrio della spesa, rappresentano una grande opportunità per innovare il sistema assistenziale; infatti in questo modo:

- si offre una risposta anche a bisogni di nuova evidenza (es. autismo, SLA, demenza, disturbi del comportamento alimentare, ma anche cure palliative) che precedentemente non trovavano una adeguata offerta;
- si attiva l'ospedalizzazione domiciliare, nell'ottica di avvicinare sempre più l'assistenza al paziente;
- si sperimentano gli Ospedali Distrettuali, quali forme aggregative evolute, che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SAI, infermieri ed amministrativi, e garantiscono la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità.

Altre azioni da realizzare

Per poter "governare" questa riorganizzazione è necessario creare un modello di governo dell'assistenza territoriale forte, con la creazione in ogni Azienda Sanitaria di un Dipartimento di Cure Primarie in grado di governare concretamente la rete della residenzialità, di gestire l'assistenza domiciliare e la Medicina Convenzionata, nonché di rendere praticabile l'integrazione tra Ospedale e Territorio.

Inoltre, sono azioni indispensabili per la realizzazione della rete territoriale:

1. definire un sistema codificato di responsabilità, con capacità di presidiare la continuità clinico-assistenziale;
2. spostare la logica dalla *esecuzione della prestazione* alla *presa in carico del paziente* utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalla letteratura e delle buone pratiche già

realizzate in alcune aree della Calabria o in altre Regioni (es. punto unico di accesso, registro unico per l'accesso alla residenzialità, gestione delle dimissioni ospedaliere, definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Aziendali per le principali patologie croniche, ecc.);

3. predisporre un piano di ricollocazione delle risorse umane ed una migliore finalizzazione di ruoli e competenze, con particolare riferimento alla componente infermieristica, ai fisioterapisti, agli OSS e agli altri operatori sanitari, nonché alla Medicina Convenzionata in tutte le sue componenti; a questo riguardo va previsto un coerente piano di formazione ed aggiornamento;
4. predisporre un piano di riconversione degli immobili e – in maniera mirata – delle tecnologie, dunque un piano degli investimenti;
5. adottare una metodica di budget con fissazione di obiettivi misurabili sia in termini di volumi di attività, risorse, standard di personale dedicato ed anche di qualità assistenziale.

La riorganizzazione dovrà ovviamente affrontare alcune criticità, individuando specifiche azioni mirate:

- resistenza da parte del personale alla ricollocazione e necessità di riqualificazione professionale → prevedere un piano di formazione delle risorse umane orientato anche a rafforzare l'identità professionale;
- possibili resistenze al cambiamento da parte delle Organizzazioni di categoria e sindacali → prevedere un precoce coinvolgimento nella programmazione delle azioni necessarie, non solo della componente medica ospedaliera ma anche della Medicina Convenzionata e delle organizzazioni del comparto;
- debole capacità negoziale con la Medicina Convenzionata → centralizzazione della negoziazione a livello regionale;
- resistenze da parte delle Amministrazioni Locali alla riconversione dei piccoli presidi ospedalieri → coinvolgimento dei Sindaci nella fase di programmazione, ampia illustrazione dei vantaggi assistenziali conseguibili con il nuovo modello e condivisione di obiettivi assistenziali più ampi e di qualità (rete di servizi più vicina al cittadino); formalizzare dei "patti" con la comunità locale adottando Carta dei valori e dei servizi che esplicitino le tipologie di intervento garantite, le modalità di accesso, ecc.;
- resistenze da parte di soggetti privati → definizione di una programmazione regionale che valorizzi tutte le risorse esistenti, sia pubbliche che private, evitando duplicazioni; le azioni di riconversione da ricovero per acuti a residenzialità extraospedaliera ed ADI, supportate da una chiara definizione di standard erogativi e di personale (come da regolamento regionale numero 13 del 01.09.2009 sugli standard di personale ed organizzativi) possono consentire

contemporaneamente giuste forme di remunerazione dell'investimento privato e prestazioni appropriate e di qualità per i cittadini. Nelle ASP in cui la situazione di offerta oggi esistente supera gli standard, viene previsto di utilizzare le risorse in surplus per attivare posti letto equivalenti di ADI.

Il risultato finale è quindi il seguente:

PL Attuali (fine 2009)

	Territoriale			Ospedaliera				Totale
	ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	Totale	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv		
201 Cosenza		1.708	**1.708**	1.806	577	428	**2.811**	4.519
202 Crotone		656	**656**	399	280	160	**839**	1.495
203 Catanzaro		1.389	**1.389**	1.238	366	96	**1.700**	3.089
204 Vibo Valentia		164	**164**	263	36	20	**319**	483
205 Reggio Calabria		716	**716**	1.318	537	52	**1.907**	2.623
Totale		**4.633**	**4.633**	**5.024**	**1.796**	**756**	**7.576**	**12.209**

PL Proposta

	Territoriale			Ospedaliera				Totale
	aumento p.l. equivalenti ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	Totale	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv		
201 Cosenza	437	2.077	**2.514**	1.489	329	498	**2.316**	4.830
202 Crotone	284	510	**794**	286	112	190	**588**	1.382
203 Catanzaro	457	1.100	**1.557**	1.007	236	231	**1.474**	3.031
204 Vibo Valentia	3	177	**180**	222	22	125	**369**	549
205 Reggio Calabria	-	1.108	**1.108**	1.027	301	320	**1.648**	2.756
Totale	**1.181**	**4.972**	**6.153**	**4.031**	**1.000**	**1.364**	**6.395**	**12.548**

Differenza

	Territoriale			Ospedaliera				Totale
	aumento p.l. equivalenti ADI	Residenzialità extra ospedaliera	Totale	Acuzie		Postacuzie	Totale	
		Pubb+Priv		Pubblico	Privato	Pubb+Priv		
201 Cosenza	437	369	**806**	-317	-248	70	**-495**	311
202 Crotone	284	-146	**138**	-113	-168	30	**-251**	-113
203 Catanzaro	457	-289	**168**	-231	-130	135	**-226**	-58
204 Vibo Valentia	3	13	**16**	-41	-14	105	**50**	66
205 Reggio Calabria	-	392	**392**	-291	-236	268	**-259**	133
Totale	**1.181**	**339**	**1.520**	**-993**	**-796**	**608**	**-1.181**	**339**

N.B. è prevista che l'assistenza domiciliare incrementi per compensare in miusura proporzionale la riduzione di offerta ospedaliera

Nel presente documento verranno di seguito trattate nel dettaglio la riorganizzazione di:

1. prestazioni specialistiche,
2. semiresidenzialità extraospedaliera,
3. residenzialità extraospedaliera.

La riorganizzazione dell'attività di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sarà trattata in un documento dedicato.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

Definizione del fabbisogno

Per quanto riguarda le prestazioni specialistiche per esterni (cioè le prestazioni erogate in regime ambulatoriale a carico del SSN) va perseguito il riallineamento dell'offerta allo standard di 12 prestazioni/anno/abitante, previsto da diverse fonti a livello nazionale, con una lieve contrazione rispetto alle prestazioni storicamente erogate (12,6 prestazioni/anno/abitante, secondo quanto risulta dai dati Ministero della Salute relativi all'anno 2006).

Tale fabbisogno, tenendo conto di quanto registrato nelle Regioni non soggette a piano di rientro, può essere ripartito fra le 3 principali categorie (Laboratorio; Diagnostica per Immagini; Branche a visita comprensiva della Medicina Fisica e Riabilitativa) con la modalità indicata nella tabella seguente.

Tipologia	prestazioni anno pro capite	prestazioni anno totali
Laboratori Analisi	8,3	16.672.285
Diagnostica per Immagini	0,6	1.205.225
Branche a visita	3,1	6.226.998
TOTALE	**12**	**24.104.508**

Tenendo conto della ripartizione della popolazione per ASP, il numero complessivo di prestazioni previste dalla programmazione regionale per le 3 principali categorie sopra individuate, è indicato nella tabella seguente.

Tipologia	Cosenza	Crotone	Catanzaro	Vibo V.	Reggio C.	totali
	733.508	173.370	367.990	167.334	566.507	**2.008.709**
	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali x ASP	Prest. Anno totali
Laboratori Analisi	6.088.116	1.438.971	3.054.317	1.388.872	4.702.008	**16.672.285**
Diagnostica per Immagini	440.105	104.022	220.794	100.400	339.904	**1.205.225**
Branche a visita	2.273.875	537.447	1.140.769	518.735	1.756.172	**6.226.998**
TOTALE	**8.802.096**	**2.080.440**	**4.415.880**	**2.008.008**	**6.798.084**	**24.104.508**

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni, e che in ogni caso per TAC, RMN e medicina fisica il numero di prestazioni erogate non potrà superare lo storico.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.



SEMIRESIDENZIALITÀ EXTRAOSPEDALIERA

Definizione del fabbisogno

Il Piano di Rientro prevede di mantenere sostanzialmente invariata la spesa complessiva, pertanto è stato adottato quale standard il valore medio della Regione Calabria (0,42 prestazioni/ab/aa).
Di seguito si riporta la tabella che riassume la situazione esistente e quella ipotizzata per ASP.

Riab. Est. Extraospedaliera AMBULATORIALE INDIVIDUALE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,280	Cosenza	733.508	205.566	209.155
	Crotone	173.370	48.587	62.540
	Catanzaro	367.990	103.129	49.560
	Vibo V.	167.334	46.895	16.815
	Reggio C.	566.507	158.764	213.285
	totali	**2.008.709**	**562.941**	**551.355**

Riab. Est. extraospedaliera DOMICILIARE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,074	Cosenza	733.508	54.096	91.155
	Crotone	173.370	12.786	35.400
	Catanzaro	367.990	27.139	10.620
	Vibo V.	167.334	12.341	-
	Reggio C.	566.507	41.780	10.915
	totali	**2.008.709**	**148.142**	**148.090**

Riab. Est. extraospedaliera DIURNO	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) 0,071	Cosenza	733.508	51.932	47.200
	Crotone	173.370	12.275	2.950
	Catanzaro	367.990	26.054	39.825
	Vibo V.	167.334	11.847	-
	Reggio C.	566.507	40.109	49.855
	totali	**2.008.709**	**142.217**	**139.830**

TOTALE	Azienda	Abitanti	Nuovo Fabb. (PRESTAZIONI totali anno)	Prestazioni tot annue erogate presso strutture accreditate/ autorizzate (agg 4/8/10)
standard (prestaz/anno/abitante) **0,42**	Cosenza	733.508	311.594	347.510
	Crotone	173.370	73.648	100.890
	Catanzaro	367.990	156.322	100.005
	Vibo V.	167.334	71.083	16.815
	Reggio C.	566.507	240.652	274.055
	totali	**2.008.709**	**853.300**	**839.275**

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Considerando il fatto che attualmente il numero di prestazioni erogate è alquanto eterogeneo fra le diverse ASP si propone inoltre:

1. per le realtà ubicate nelle ASP in cui vi è carenza, di vincolare l'adeguamento al reperimento delle risorse che si renderanno disponibili a seguito dell'analisi di appropriatezza delle tipologie di prestazioni erogate complessivamente dal Sistema,
2. per le realtà ubicate in ASP in cui l'erogato è superiore al fabbisogno, di rivedere, nel rispetto del budget complessivo, la contrattualizzazione con le varie strutture in modo tale che le stesse eroghino prestazioni il più possibile aderenti alle categorie per le quali esiste una carenza relativa (ovvero differenziare le prestazioni rispetto all'attuale).

Si ricorda che affinché il Sistema tenda al miglioramento della qualità dell'offerta, le ASP, per procedere al rinnovo dei contratti, dovranno privilegiare le strutture che presentino i requisiti strutturali richiesti dall'accreditamento (le griglie), nonché i migliori standard erogativi.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita. A tal proposito si fa presente che è facoltà della singola ASP prevedere in tale proposta una diversa ripartizione dell'offerta tra la semiresidenzialità e la residenzialità extraospedaliera, nel rispetto di quanto definito nel presente documento, fermo restando le risorse economiche a disposizione (tetto di spesa), nonché il fabbisogno complessivo di prestazioni; ogni cambiamento in tal senso deve essere oggetto di specifici contratti, nell'ambito delle strutture accreditate.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.

RESIDENZIALITÀ EXTRAOSPEDALIERA

Situazione attuale dei posti letto

La tabella che segue riassume la distribuzione dei posti letto di residenzialità extraospedaliera (per tutte le aree) attualmente (fine estate 2010) autorizzati ed accreditati (definitivamente e provvisoriamente), suddivisi per ASP.

situazione attuale per ASP		
Azienda	**Abitanti**	**Posti letto** (autorizzati e) accreditati (definitivamente/ provvisoriamente)
Cosenza	733.508	1.708
Crotone	173.370	656
Catanzaro	367.990	1.389
Vibo V.	167.334	164
Reggio C.	566.507	716
totali	2.008.709	**4.633**

Tali posti letto possono essere suddivisi in diverse aree e categorie :

Area residenzialità anziani:

a. strutture residenziali sociosanitarie, che comprendono RSA e Case protette anziani
b. strutture residenziali sanitarie, che comprendono RSA-M, SLA, Alzheimer, Hospice

Area residenzialità disabili:

c. residenzialità disabili: Case protette disabili
d. residenzialità disabili: RSA disabili

Area residenzialità riabilitativa:

e. riabilitazione estensiva ciclo continuativo
f. riabilitazione estensiva ciclo continuativo: disturbi comportamento alimentare
g. riabilitazione estensiva ciclo continuativo: autismo
h. tossicodipendenza p.l.
i. salute mentale p.l.

La tabella seguente suddivide i posti letto esistenti per categoria.

PL ATTUALI strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	**P.L.**
RSA Anziani	2.518
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	223
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	538
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.354
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	**4.633**

Definizione del fabbisogno complessivo di posti letto

Come sopra detto, precedenti atti di programmazione regionale prevedono in tema di residenzialità extraospedaliera anziani e disabili standard nettamente più elevati rispetto alla media nazionale; tale sovradimensionamento appare più evidente ove si tenga conto della situazione socioeconomica della Regione, in cui – rispetto ad altre parti d'Italia, è maggiore la forza dei legami familiari, minore il numero delle donne che lavorano, maggiore l'importanza del contributo fornito al reddito familiare dalla pensione delle persone anziane conviventi.

Fermo restano che gli standard indicati dal PSR 2004 vengono sostituti dal presente documento ed in attesa che la Regione provveda alla definizione del nuovo PSR, in cui saranno esplicitati gli obiettivi ed il relativo fabbisogno negli ambiti ospedaliero e territoriale, ivi compresa l'area della specialistica, tenendo conto anche della particolare situazione giuridico - amministrativa venutasi a creare per effetto della adozione del Piano di Rientro, è necessario provvedere a definire come segue gli obiettivi di breve e medio termine di copertura assistenziale:

1. va perseguito il riallineamento degli standard con le medie nazionali;

2. tali standard vanno soddisfatti attraverso la riconversione delle strutture ospedaliere pubbliche e private, secondo quanto previsto dal piano per la rete ospedaliera.

Individuazione degli standard

Gli standard individuati derivano dall'analisi delle fonti reperibili in letteratura (in particolar modo l'analisi della situazione esistente nelle Regioni senza Piano di Rientro) e dalle prime indicazioni fornite dal tavolo nazionale sui "LEA 2009".
Sono inoltre stati tenuti in debita considerazione alcuni fattori di carattere socio-demografico, come accennato nel paragrafo precedente.

STANDARD PL strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	**P.L. x 1000 ab.**
RSA Anziani	1,30
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	0,40
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	0,20
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	0,86
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	

Individuazione del nuovo fabbisogno tendenziale

Da tali standard, deriva la nuova definizione del fabbisogno tendenziale di seguito determinato, per ogni categoria. In tale definizione si è avuto cura di considerare quale unità minima di programmazione i "moduli" e "sottomoduli" previsti per la residenzialità e semiresidenzialità, di cui al regolamento n 13 /2009.

FABBISOGNO PL strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	**P.L.**
RSA Anziani	2.610
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	800
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	420
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.760
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	**5.590**

Azioni di riconversione

Tenendo conto dei vincoli imposti dal piano di rientro, si rende necessario provvedere a coprire il fabbisogno come sopra determinato innanzi tutto utilizzando le risorse rese disponibili dalla riconversione/chiusura degli Ospedali di piccole dimensioni.

La realizzazione di questi interventi comporta infatti la "liberazione" di risorse da reinvestire per potenziare la rete territoriale. Nello specifico si evidenziano come necessari tre ambiti di investimento:

- potenziamento della residenzialità, con particolare attenzione:
  a. allo sviluppo di strutture residenziali sanitarie, quali le RSA-M che devono obbligatoriamente

prevedere una quota almeno pari al 50% dei posti letto riservata esclusivamente a ricoveri temporanei (45-60 gg, con successiva dimissione a domicilio); tali strutture svolgono un ruolo importante nel processo di continuità assistenziale che segue la dimissione ospedaliera, e sono poi in grado di offrire risposte adeguate alle diverse tipologie emergenti di bisogno sanitario (demenza, SLA, hospice, ecc.);

b. allo sviluppo di strutture residenziali per l'area della salute mentale, della dipendenza e dei nuovi bisogni emergenti (disturbi del comportamento alimentare – DCA, autismo, ecc);

- implementazione di Ospedali Distrettuali con creazione di centri attivi 12h/gg e composti da team multiprofessionali fortemente integrati;
- potenziamento dell'ADI, con sviluppo delle cure palliative domiciliari e della ospedalizzazione domiciliare.

Le azioni suddette, oltre ad essere necessarie ai fini del riequilibrio della spesa, rappresentano una grande opportunità per innovare il sistema assistenziale; infatti in questo modo:

- si offre una risposta anche a bisogni di nuova evidenza (es. autismo, SLA, demenza, disturbi del comportamento alimentare, ma anche cure palliative) che precedentemente non trovavano una adeguata offerta;
- si sperimentano gli Ospedali Distrettuali, quali forme aggregative evolute, che vedono la collaborazione di MMG, MCA, SAI, infermieri ed amministrativi, e garantiscono la presa in carico dei problemi di salute con particolare riferimento alla cronicità;
- si attiva l'ospedalizzazione domiciliare, nell'ottica di avvicinare sempre più l'assistenza al paziente.

Per quanto riguarda gli **Ospedali Distrettuali**, questi possono essere variamente configurati per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo a tutte o parte delle seguenti diverse funzioni base:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie Secondo i principi affermati dal D.Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000;
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione dell'ADI;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio prevedendo oltre ai punti prelievi i POCT (point of care testing), di ecografia e di radiologia di base;
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR;

- la presenza di un ambulatorio infermieristico.

In ogni caso sono aperti 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di continuità assistenziali.

Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Possono prevedere punti di primo soccorso, se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche, ma distinte).

Presso gli Ospedali Distrettuali derivanti da riconversione ospedaliera potrà essere mantenuta/potenziata l'attività dialitica preesistente, con la finalità di recuperare la mobilità extra regionale e razionalizzare la distribuzione dei punti dialisi, mediante una riorganizzazione.

Criterio territoriale

Le riconversioni sono state realizzate rispettando il criterio della territorialità, ossia individuando il fabbisogno per ciascuna ASP. La somma di quanto previsto per singola ASP costituisce il dato della riconversione a livello regionale.



Numero di posti letto per categoria

Come risultato del processo sopra sommariamente descritto, si è definita la programmazione indicata nella seguente tabella, valida per l'attuale fase del piano di rientro.

STIMA PL post riconversione strutture residenziali extraospedaliere	
Categoria	**P.L.**
RSA Anziani	2.313
Case Protette Anziani	
RSA Medicalizzate	748
RSA nucleo dem. (tipo Alz.)	
SLA	
Hospice	
Case Protette Disabili	280
RSA Disabili	
Riab. Est. Ciclo C.	1.631
D.C.A. Ciclo Cont.	
Autismo Ciclo Cont.	
Tossicodipendenza	
Salute Mentale	
TOTALE	**4.972**

Articolazione dei posti letto per area geografica

Le tabelle seguenti rappresentano la distribuzione dei posti letto previsti dalla programmazione regionale, per ASP.

Strutt. Res. socio-sanitarie (RSA, case protette anziani)	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 1,30	Cosenza	733.508	960	882	960	92%	100%
	Crotone	173.370	240	383	240	160%	100%
	Catanzaro	367.990	480	823	480	171%	100%
	Vibo V.	167.334	210	101	101	48%	48%
	Reggio C.	566.507	720	329	482	46%	67%
	totali	2.008.709	2610	2518	2.263	96%	87%

Strutt. Res. sanitarie (RSA-M, SLA, ALZ, hospice)	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,40	Cosenza	733.508	290	115	290	40%	100%
	Crotone	173.370	70	0	70	0%	100%
	Catanzaro	367.990	150	15	150	10%	100%
	Vibo V.	167.334	70	12	12	17%	17%
	Reggio C.	566.507	220	81	220	37%	100%
	totali	2.008.709	800	223	742	28%	93%
area RESIDENZIALITA' ANZIANI			3.410	2.741	3.005	80%	88%

**al 4 agosto 2010*

Case Protette Disabili	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,1	Cosenza	733.508	70	121	70	173%	100%
	Crotone	173.370	20	115	20	575%	100%
	Catanzaro	367.990	40	66	40	165%	100%
	Vibo V.	167.334	20	0	6	0%	30%
	Reggio C.	566.507	60	0	30	0%	50%
	totali	2.008.709	210	302	166	144%	79%

RSA Disabili	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard 0,1	Cosenza	733.508	70	86	70	123%	100%
	Crotone	173.370	20	42	20	210%	100%
	Catanzaro	367.990	40	88	40	220%	100%
	Vibo V.	167.334	20	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	60	20	40	33%	67%
	totali	2.008.709	210	236	170	112%	81%
area RESIDENZIALITA' DISABILI			420	538	336	128%	80%

**al 4 agosto 2010*

Regione Calabria – Il riordino della rete territoriale

Riabilit. Estens. C. cont.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard	Cosenza	733.508	290	194	294	67%	101%
0,40	Crotone	173.370	70	56	70	80%	100%
	Catanzaro	367.990	150	172	180	115%	120%
	Vibo V.	167.334	70	0	10	0%	14%
	Reggio C.	566.507	230	150	170	65%	74%
	totali	2.008.709	810	572	724	71%	89%

Riabilit. Est. C. cont.- Autismo	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard	Cosenza	733.508	20	0	20	0%	100%
0,03	Crotone	173.370	10	0	10	0%	100%
	Catanzaro	367.990	10	0	10	0%	100%
	Vibo V.	167.334	10	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	20	10	20	50%	100%
	totali	2.008.709	70	10	60	14%	86%

Riabilit. Est. C. cont.- Dist. Alim.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard	Cosenza	733.508	20	0	20	0%	100%
0,03	Crotone	173.370	10	0	10	0%	100%
	Catanzaro	367.990	10	0	10	0%	100%
	Vibo V.	167.334	10	0	-	0%	0%
	Reggio C.	566.507	20	0	10	0%	50%
	totali	2.008.709	70	0	50	0%	71%

SALUTE MENTALE P.L.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard	Cosenza	733.508	110	173	173	157%	157%
0,15	Crotone	173.370	30	10	30	33%	100%
	Catanzaro	367.990	60	100	100	167%	167%
	Vibo V.	167.334	30	8	8	27%	27%
	Reggio C.	566.507	90	30	30	33%	33%
	totali	2.008.709	320	321	341	100%	107%

TOSSICODIPENDENZA P.L.	Azienda	Abitanti	Fabbisogno (POSTI LETTO)	PL esistenti*	PL post riconversione	% copertura (pre)	% copertura (post)
standard	Cosenza	733.508	180	137	180	76%	100%
0,25	Crotone	173.370	40	50	40	125%	100%
	Catanzaro	367.990	90	125	90	139%	100%
	Vibo V.	167.334	40	43	40	108%	100%
	Reggio C.	566.507	140	96	106	69%	76%
	totali	2.008.709	490	451	456	92%	93%
area RESIDENZIALITA' RIABILITATIVA			1760	1354	1631	77%	93%
TOTALE RESIDENZIALITA'		2.004.415	5590	4633	4972	83%	89%

**al 4 agosto 2010*

Nota: nella definizione del nuovo fabbisogno si è avuto cura di considerare quale unità minima di programmazione i "moduli" e "sottomoduli" previsti per la residenzialità e semiresidenzialità, di cui al regolamento n 13 /2009; nel caso dell'hospice, i moduli sono stati arrotondati a 20 p.l..

Come evidenziato, il presente piano per la rete territoriale (essendo vincolato al Piano di Rientro) prevede la riconduzione a standard di alcune ASP che presentano attualmente una dotazione superiore al fabbisogno, mentre in altre ASP non può compensare completamente la situazione di carenza rispetto al fabbisogno, pur utilizzando tutti i pl disponibili da riconversione di strutture territoriali e/o ospedaliere, pubbliche e private, esistenti. Pertanto, si prevede che tale squilibrio possa essere oggetto di compensazione, tramite accordi diretti fra ASP contermini che si trovino in questa situazione. Eventuali situazioni critiche residuali che si dovessero manifestare potranno essere affrontate tramite atti normativi successivi che potranno comportare aumenti nella colonna

dei posti letto post riconversione.

Indicazioni per le Aziende Sanitarie Provinciali

Avendo così definito il numero di prestazioni da erogare in ciascuna ASP, il tetto di spesa/economico va ripartito fra le singole strutture erogatrici, pubbliche e private.

Le singole ASP dovranno quindi presentare una proposta (piano attuativo) in tale senso alla Regione entro una data stabilita, comprendente anche gli eventuali accordi fra ASP contermini, di cui al paragrafo precedente.

In particolare a tal riguardo si ricorda che nella stesura di tale proposta le stesse dovranno tenere in considerazione alcuni criteri fondamentali:

- tassativo rispetto del fabbisogno, come evidenziato nel presente documento
- vocazione/specializzazione delle singole strutture
- stato attuale delle singole strutture (in particolare per quanto riguarda il rispetto della normativa vigente in materia di sicurezza dell'edificio: statica, impiantistica, igienico-sanitaria)
- situazione orografica del territorio e accessibilità.

La Regione validerà i tetti per singole strutture erogatrici. Nel caso l'ASP non formuli le proprie proposte entro il termine stabilito, la Regione provvederà in via sostitutiva. In questo caso però il tetto di spesa/economico sarà abbattuto del 5%.

Si specifica che le ASP dovranno ripartire tale tetto fra le singole strutture (pubbliche e private) non solo in termini di importo complessivo, ma anche di prestazioni.

La Regione definirà una procedura e un format preciso con il quale svolgere la procedura sopra descritta al fine di definire le indicazioni da fornire alle singole ASP.



L'ATTIVAZIONE DELLA RETE TERRITORIALE

L'attivazione della rete territoriale deve essere gestita integrando le azioni delle altre due reti necessarie per la sanità calabrese: la rete di emergenza-urgenza e la rete ospedaliera. E', di conseguenza, indispensabile deliberare tutte e tre le reti prima di proseguire con il percorso di cambiamento.
In parallelo è necessario l'approfondimento di alcune reti per patologia / specialità e la definizione di regole di comportamento tra i presidi interessati (HUB and Spoke per patologia) e con il territorio.

Il percorso di realizzazione concreta della rete territoriale prevede preliminarmente e necessariamente il rafforzamento a livello Regionale del Dipartimento Sanità, in modo che abbia le risorse e le competenze per:

- definire il dettaglio delle tempistiche di attuazione;
- monitorare su base trimestrale l'evoluzione della rete, intervenendo con azioni correttive sulla Aziende Sanitarie ove tale evoluzione si discosti dalla programmazione.

Come già evidenziato, è compito dell'ASP l'analisi della situazione specifica dei propri residenti, nonché l'analisi della provenienza dei propri ospiti da ASP differenti, oltre alla rivalutazione dei propri casi per migliorare l'appropriatezza del livello di assistenza fornito al singolo ospite. E' compito dell'ASP l'attivazione delle strutture territoriali in sostituzione del ricovero, il potenziamento dell'ADI e dell'ospedalizzazione domiciliare, la stipula di contratti con gli erogatori privati.

Sono cruciali:

1. **la definizione del modello di Distretto e di Dipartimento delle Cure Primarie, da inserire nel documento di linee guida all'atto aziendale, poiché la rete delle strutture territoriali ha l'assoluta necessità di un unico governo;**
2. **la finalizzazione di tutti i fondi utilizzabili del nuovo contratto dei professionisti convenzionati all'attivazione della rete territoriale;**
3. **l'utilizzo in tempi brevi dei fondi a disposizione per la realizzazione degli Ospedali Distrettuali/Case della Salute, previste presso gli ospedali per acuti riconvertiti;**
4. **la verifica che i criteri di accreditamento impiegati siano in linea con quelli utilizzati dalle Regioni di riferimento.**

I tempi sono stretti per effettuare i cambiamenti nel rispetto del piano di rientro. Si programma la

creazione di un **gruppo di cambiamento** a livello regionale in cui le ASP possano confrontarsi per omogeneizzare le azioni e diffondere metodologie comuni.



ALLEGATO 1 - OSPEDALE DISTRETTUALE

La proposta dell'implementazione del modello di "Ospedale Distrettuale" scaturisce dalla necessità di fornire un'adeguata risposta al fabbisogno di prestazioni sanitarie ed assistenziali esistente in Regione Calabria. Attualmente l'offerta di tale assistenza è stata insufficiente o inappropriata tramite ricoveri ospedalieri. Si sottolinea, inoltre, che i presidi attuali in cui deve essere disattivata l'attività ospedaliera non presentano tutti i requisiti necessari per espletare l'attività di ricovero ordinario, mentre se utilizzati come "Ospedali Distrettuali" possono già in gran parte essere riutilizzati ovvero necessitano di una esigua spesa per la messa a norma. I tempi di conversione dell'attuale funzione a quella di una struttura gradevole e appropriata al fabbisogno dell'area in cui è collocata possono essere misurati in mesi e non in anni. In questo modo si è in grado di fornire una testimonianza rapida della nuova sanità calabrese.

Gli "Ospedali distrettuali" saranno a tutti gli effetti un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva dovrà essere affidata al Dipartimento di Cure Primarie che ne coordinerà le attività erogate e curerà i rapporti con le altre macrostrutture aziendali (Ospedale e Dipartimento di Prevenzione). In particolare si sottolinea la peculiarità del lavoro "integrato" svolto in queste strutture tra tutte le componenti convenzionate (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali, Continuità assistenziale) e fra queste e gli specialisti ospedalieri.

Tali strutture sono totalmente integrate con il sistema dell'Emergenza Urgenza della Regione Calabria in quanto in ciascuna di esse è presente un Punto di Primo Intervento per il quale sono necessari unicamente ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori ed a una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentire il trasporto – in urgenza ed in sicurezza - nel Pronto Soccorso più adeguato per l'effettiva situazione patologica, qualsiasi sia il livello di complessità.

Sono altresì previste le attività inerenti all'area della prevenzione come ad esempio gli ambulatori vaccinali e i consultori familiari, nonché tutte le aree destinate alle attività di accoglienza, amministrative e di supporto.

L'Ospedale Distrettuale deve essere pienamente integrato nella rete dei servizi territoriali; pertanto questa struttura potrà comprendere anche dei moduli di posti letto territoriali (RSA socio sanitarie, RSA sanitarie, Case protette disabili, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Autismo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Disturbi del

Comportamento Alimentare, Salute Mentale, Tossicodipendenze) che scaturiscono dalla riconversione e riqualificazione dei posti letto ospedalieri per acuti.

Nelle tabelle seguenti viene descritto un modello standard di riferimento enucleandone le caratteristiche funzionali per aree, fermo restando che alcuni spazi sono da considerare "moduli", che è possibile inserire o meno a seconda delle finalità e del modello organizzativo che la struttura intende perseguire (es. potrà essere o meno presente il Punto Prelievi, ecc.).

Tali aree potranno essere inserite anche negli "Ospedali di zona montana" descritti nel documento della Rete dell'emergenza urgenza.



AREA DELLE CURE PRIMARIE		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Studi medici per MMG e PLS	I MMG e i PLS disporranno di ambulatori propri (anche in condivisione) con sale di attesa, servizi di segreteria e attrezzati con tecnologie informatiche. I medici, anche mantenendo il proprio ambulatorio, potranno svolgere a turno parte o tutta la propria attività in modo co-ordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	È richiesta un'area amministrativa o di segreteria dove si possono effettuare prenotazioni degli accessi (visite, ripetizioni di ricette, visione referti, ecc.). In particolare un elemento di qualità che dovrà caratterizzare la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete tra i Medici convenzionati (rete orizzontale) e le strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria (rete verticale).
Ambulatori infermieristici e per piccole urgenze	Oltre all'attività prettamente infermieristica potranno essere garantite quelle prestazioni non differibili che non richiedono l'accesso al Pronto Soccorso (es. medicazioni successive, rimozione punti, prelievi, cicli di terapie, ecc.). Fascia oraria indicativa: - feriale: h 4	L'ambulatorio infermieristico potrà anche fungere da Punto Unico di Accesso alle cure domiciliari. In ogni caso necessita di un locale ad uso deposito farmaci e di distribuzione di presidi sanitari (es. cateteri, ecc.).
Locali per l'Assistenza Domiciliare Integrata	Attività prettamente svolta al domicilio ma che necessita di una propria sede (per attività di coordinamento, deposito materiali, ecc.) e di mezzi di trasporto (parco-auto). Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4 + reperibilità notturna e festiva	
Locali per Unità di Valutazione Multidimensionale	Attività collegata alla rete dei servizi che individua le procedure di presa in carico del paziente portatore di patologie complesse. Fascia oraria indicativa: - feriali, a bisogno	

AREA DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Ambulatorio e spazio per MCA	L'attività svolta in maniera integrata con i MMG garantirà la continuità h24 7gg./7. Fascia oraria indicativa: - notturna, prefestiva e festiva	Qualora necessario l'attività svolta potrà integrarsi con l'attività dell'annesso Punto della rete emergenza.; è necessario rivedere l'attuale assetto

AREA DELLE ATTIVITA' SOCIOSANITARIE		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Locali per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie	Attività sociosanitarie e attività fortemente integrate con la rete dei servizi sociali territoriali Fascia oraria indicativa: - h 6-8	

AREA DELL'EMERGENZA-URGENZA		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Locali e dotazioni tecnologiche idonee	Trattamento delle urgenze minori e prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità al fine di consentire il trasporto nel Pronto Soccorso più appropriato. Fascia oraria indicativa: - h 12 o h 24 a seconda delle esigenze organizzative e sanitarie	

AREA DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DELLA DIAGNOSTICA		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Punto prelievi	Spazio funzionale destinato alle attività di prelievo, collocato in sede diversa da quella del laboratorio analisi. Fascia oraria indicativa: - feriali e prefestivi: h 2	Va previsto anche un servizio di prelievo a domicilio per le persone non deambulanti, funzionalmente collegato al punto prelievi. Nel Punto Prelievi possono essere raccolti i campioni per lo screening del colon.
Ambulatori per medicina specialistica (poliambulatorio)	Le specialità potrebbero essere: cardiologia, oculistica, otorinolaringoiatria, ortopedia, dermatologia, endocrinologia, geriatria, ginecologia fortemente integrata con le attività del consultorio familiare. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	Le attività potranno coinvolgere sia specialisti convenzionati che ospedalieri. Eventualmente nell'ambulatorio di ostetricia potrà essere effettuato lo screening del pap-test.
Locali dotati di tecnologie diagnostiche semplici	La dotazione potrebbe comprendere: - radiologia - ecografia di base - spirometria - ECG Fascia oraria indicativa: - feriali: h 8 - prefestivi: h 4	La strumentazione sarà utilizzata direttamente dagli specialisti afferenti alla struttura con orari programmati e sarà prevista anche un'attività di diagnosi radiologica domiciliare per le persone non trasportabili. In quest'area potrà essere effettuato lo screening mammografico.
Locali per tecnologie informatiche (teleconsulto, teleassistenza)	L'implementazione potrebbe riguardare: - la teleradiologia, - la telecardiologia, - i point of care per diagnostica urgente. Fascia oraria indicativa: - a bisogno	A supporto dell'attività diagnostica del MMG e ad integrazione dell'attività specialistica.

AREA DELLA PREVENZIONE		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Ambulatori per lo svolgimento di attività preventiva	Svolgimento di vaccinazioni, screening oncologici, attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive, ecc. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6	Possono essere ricompresi nell'ambulatorio infermieristico o negli ambulatori di diagnostica.
Locali destinati al Consultorio familiare	Struttura ambulatoriale dedicata a interventi socio-sanitari rivolti alla promozione della donna e del bambino, all'educazione al parto, alla prevenzione dei rischi nel campo della maternità e infanzia. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6	

AREA DELLE ATTIVITÀ DI ACCOGLIENZA, AMMINISTRATIVE E DI SUPPORTO		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Reception	È punto di informazione e comunicazione con i cittadini, nonché front office per prenotazione di prestazioni specialistiche e strumentali. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	Può svolgere funzioni di segreteria anche per la programmazione degli accessi al MMG/PLS.
Punto Unico di Accesso	È in contiguità con il CUP, ma funge da centrale operativa per la ricezione delle istanze e la presa in carico socio-sanitaria. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	
Uffici amministrativi	Svolgono funzioni di front-office per le principali attività distrettuali (iscrizione al SSN, cambio/revoca del MMG, esenzione pagamento ticket, ecc.). Fascia oraria indicativa: - feriali: h 12 - prefestivi: h 4	Alcuni particolari spazi amministrativi si trovano necessariamente in aree condivise con gli spazi di accoglienza, come il CUP e il PUA.
Ufficio assistenza protesica + Locali ad uso magazzino dove mantenere e distribuire i presidi	È ufficio preposto all'autorizzazione e fornitura degli ausili agli aventi diritto. Fascia oraria indicativa: - feriali: h 6 - prefestivi: h 4	Può essere contiguo agli uffici amministrativi ma necessita di propri spazi e sportello.
Sale polifunzionali	Aree da dedicare alla formazione, agli incontri di e aggiornamento del personale, alle conferenze e agli eventi pubblici. Fascia oraria indicativa: - a bisogno	La presenza e il dimensionamento di questi spazi polifunzionali è estremamente legato alle dimensioni del presidio e alle necessità dell'area territoriale di riferimento specifica.
Spazi d'attesa	Rappresentano le aree di attesa dei cittadini per l'accesso agli ambulatori o agli uffici.	Da dimensionare a seconda del bacino di utenza servito e della complessità della struttura.
Eventuali parcheggi per gli utenti, con parco-auto per ADI e MCA		

AREA DELLA RESIDENZIALITA'		
Tipologia di locali	**Funzioni e attività**	**Note**
Moduli di Posti letto di diverse tipologie territoriali	Forte integrazione nella rete dei servizi territoriali attraverso la possibile attivazione di uno o più moduli di posti letto delle seguenti tipologie: RSA socio sanitarie, RSA sanitarie, Case protette disabili, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Autismo, Riabilitazione estensiva a ciclo continuativo – Disturbi del Comportamento Alimentare, Salute Mentale, Tossicodipendenze. Fascia oraria indicativa: - h 24	Questi moduli scaturiscono dalla riconversione e riqualificazione dei posti letto ospedalieri per acuti.

Ipotesi di struttura parametrizzata sul bacino di utenza

Gli Ospedali Distrettuali possono essere variamente configurati per integrarsi con la locale rete dei servizi, assolvendo le seguenti diverse funzioni:

- l'integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni socio sanitarie Secondo i principi affermati dal D.Lgs. 229/1999 e dalla L. 328/2000
- l'integrazione fra le attività di prevenzione cura e riabilitazione, con particolare riferimento alle persone affette da patologie croniche, inclusa l'erogazione dell'ADI;
- la presenza delle principali branche cliniche e quelle relative alla diagnostica di laboratorio, di ecografia e di radiologia di base
- la presenza di un punto unico di accesso (PUA) all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria, in contiguità con il centro unico di prenotazione (CUP) per tutte le prestazioni erogate dal SSR
- la presenza di un ambulatorio infermieristico

In ogni caso sono aperti 12 h al dì e prevedono un lavoro di squadra fra specialisti convenzionati e dipendenti, personale tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, MMG, PLS, medici di continuità assistenziali.
Possono comprendere un punto di Continuità Assistenziale (ex "guardia medica").
Possono prevedere punti di primo soccorso, se previsti dalla rete emergenza (con funzioni sinergiche ma distinte).
Possono prevedere strutture residenziali (con funzioni sinergiche ma distinte).

Nella tabella seguente vengono dettagliati per le aree funzionali minime (escluse quindi le aree della residenzialità, e semiresidenzialità) i locali, le risorse umane impiegabili, previa riproporzione sul bacino di utenza interessato. Nella formulazione del modello si è considerato un bacino di utenza preso a riferimento pari a 20.000 assistiti di cui 2.000 in età pediatrica, con un coinvolgimento di 15 MMG e 3 PLS.

AREA	TIPOLOGIA DI LOCALI	RISORSE UMANE	N° moduli (locale principale + accessori)	DIMENSIONE UNITARIA modulo (mq) (locale principale + accessori)	DIMENSIONE TOTALE (mq)
CURE PRIMARIE	Studi medici per MMG	15 MMG	8	50	400
	Studio pediatrico per PLS	3 PLS	2	50	100
	Ambulatori Infermieristici (+ vaccinazioni)	3 IP	2	50	100
	Locali per ADI + UVMD	6 IP, FKT	3	50	150
CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Ambulatori per MCA	5 MCA	2	50	100
EMERGENZA-URGENZA	Aree destinate al primo intervento (ambulatori + triage + attesa)		1	210	210
PREVENZIONE E PRESTAZIONI SPECIALISTICHE E DIAGNOSTICA	Punto Prelievi (+screening colon)		1	50	50
	Ambulatori per medicina specialistica		8	50	400
	Locali per diagnostica (+screening mammograf.)		3	60	180
	Ambulatorio Ostetrico (+Pap test)		1	50	50
	Locali destinati al Consultorio Familiare		2	50	100
	Locale per tecnologie informatiche*				
	Palestra		1	60	60
ATTIVITA' ACCOGLIENZA, AMMINISTRATIVA, DI SUPPORTO	Reception		1	100	100
	PUA + CUP		2	25	50
	Uffici amministrativi		1	40	40
	Ufficio protesi + magazzino		1	80	80
	Sale polifunzionali		1	80	80
	Spazi d'attesa		3	50	150
	Parco auto ADI e CA		1		
TOTALE					2.400
	connettivo, vani tecnici, etc			25%	600
TOTALE					3.000
* (teleconsulto, teleassistenza)	In particolare teleradiologia, telecardiologia e point of care per diagnostica urgente				

Ministero della Salute
Direzione generale della programmazione sanitaria

Testo aggiornato del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"

Nel testo sono inserite le modifiche apportate dalle successive disposizioni, da ultimo con il **decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229** recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", **e successivi.**

Le modifiche apportate dalle leggi e dai decreti successivi al decreto legislativo n. 229 del 1999 sono evidenziate in grassetto.

Le norme del decreto legislativo n. 502 del 1992 non modificate successivamente sono evidenziate in corsivo.

Si riporta, in allegato, il testo integrale del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 recante: "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

Luglio 2002

Nel testo sono inserite le modifiche apportate dalle successive disposizioni, da ultimo con:

decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art.1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", pubblicato sul supplemento ordinario n. 132/L alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 165 del 16 luglio 1999;

decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante: "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, pubblicato sul supplemento ordinario n. 10/L alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 8 del 12 gennaio 2000;

decreto legislativo 2 marzo 2000, n. 49, recante: "Disposizioni correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernenti il termine di opzione per il rapporto esclusivo da parte dei dirigenti sanitari", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 58 del 10 marzo 2000 (Il decreto modifica il termine di cui all'articolo 15-quater, comma 3, per l'opzione per il rapporto esclusivo);

decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168, recante: "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 144 del 22 giugno 2000;

decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari", pubblicato sul supplemento ordinario n. 149/L alla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 213 del 12 settembre 2000;

decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito nella legge 16 novembre 2001, n. 405 recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 268 del 17 novembre 2001. (Le modifiche riguardano gli articoli: 1, comma 2; 9-bis, commi 1 e 2; 15-bis, comma 3; 19, comma 2-bis);

decreto legge 7 febbraio 2002, n. 8, **convertito nella legge 4 aprile 2002, n. 56 ,** recante: "Proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definito, farmaci, formazione sanitaria, ordinamenti didattici universitari e organi amministrativi della croce Rossa" pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n. 85 dell'11.42.2002.

- *Le norme del decreto legislativo n. 502 del 1992 (e n. 517 del 1993) che non sono state modificate successivamente sono riportate in corsivo.*
- Le norme del decreto legislativo n. 229 del 1999 sono riportate in caratteri normali.
- **Le modifiche apportate dalle leggi e dai decreti legislativi successivi al n. 229 del 1999 sono evidenziate in grassetto.**

Non è riportata la numerazione aggiornata dei commi.

S O M M A R I O

pag.

Titolo I – Ordinamento

Art. 1	-	Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza	1
Art. 2	-	Competenze regionali	5
Art. 3	-	Organizzazione delle unità sanitarie locali	8
Art. 3-*bis*	-	Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario	12
Art. 3-*ter*	-	Collegio sindacale	15
Art. 3-*quater*	-	Distretto	16
Art. 3-*quinquies*	-	Funzioni e risorse del distretto	17
Art. 3-*sexies*	-	Direttore di distretto	18
Art. 3-*septies*	-	Integrazione sociosanitaria	19
Art. 3-*octies*	-	Area delle professioni sociosanitarie	20
Art. 4	-	Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri	22
Art. 5	-	Patrimonio e contabilità	27
Art. 5-*bis*	-	Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico	29
Art. 6	-	Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed università	29
Art. 6-*bis*	-	Protocolli d'intesa tra le regioni, le università e le strutture del Servizio sanitario nazionale	31
Art. 6-*ter*	-	Fabbisogno di personale sanitario	32
Art. 7	-	Dipartimenti di prevenzione	33
Art. 7-*bis*	-	Dipartimento di prevenzione	33
Art. 7-*ter*	-	Funzioni del dipartimento di prevenzione	34
Art. 7-*quater*	-	Organizzazione del dipartimento di prevenzione	35
Art. 7-*quinquies*	-	Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente	36
Art. 7-*sexies*	-	Istituti zooprofilattici sperimentali e uffici veterinari del Ministero della sanità	36
Art. 7-*septies*	-	Funzioni di profilassi internazionale	37
Art. 7-*octies*	-	Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro	37

pag.

Titolo II – Prestazioni

Art. 8 - Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali 38

Art. 8-*bis* - Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali 44

Art. 8-*ter* - Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie 45

Art. 8-*quater* - Accreditamento istituzionale 46

Art. 8-*quinquies* - Accordi contrattuali 50

Art. 8-*sexies* - Remunerazione 51

Art. 8-*septies* - Prestazioni erogate in forma indiretta 53

Art. 8-*octies* - Controlli 54

Art. 9 - Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale 55

Art. 9-*bis* - Sperimentazioni gestionali 58

Art. 10 - Controllo di qualità 59

Titolo III – Finanziamento

Art. 11 - Versamento contributi assistenziali 60

Art. 12 - Fondo sanitario nazionale 63

Art. 12-*bis* - Ricerca sanitaria 64

Art. 13 - Autofinanziamento regionale 67

Titolo IV – Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

Art. 14 - Diritti dei cittadini 68

Titolo V – Personale

Art. 15 - Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie 70

Art. 15-*bis* - Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura 73

Art. 15-*ter* - Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura 73

Art. 15-*quater* - Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario 75

Art. 15-*quinquies*- Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari 76

Art. 15-*sexies* - Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria 79

Art. 15-*septies* - Contratti a tempo determinato 79

Art. 15-*octies* - Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati 81

pag.

Art. 15-*nonies* - Limite massimo di metà per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali 81
Art. 15-*decies* - Obbligo di appropriatezza 82
Art. 15-*undecies* - Applicabilità al personale di altri enti 83
Art. 15-*duodecies* - Strutture per l'attività libero-professionale 83
Art. 15-*terdecies* - Denominazioni 83
Art. 15-*quattordecies* -Osservatorio per l'attività libero-professionale 84
Art. 16 - Formazione 84
Art. 16-*bis* - Formazione continua 85
Art. 16-*ter* - Commissione nazionale per la formazione continua 85
Art. 16-*quater* - Incentivazione della formazione continua 87
Art. 16-*quinquies* - Formazione manageriale 87
Art. 16-*sexies* - Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione 88
Art. 17 - Collegio di direzione 89
Art. 17-*bis* - Dipartimenti 89

Titolo VI – Norme finali e transitorie

Art. 18 - Norme finali e transitorie 90
Art. 19 - Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome 93
Art. 19-*bis* - Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari 93
Art. 19-*ter* - Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale 94
Art. 19-*quater* - Organismi e commissioni 95
Art. 19-*quinquies* - Relazione sugli effetti finanziari 95
Art. 19-*sexies* - Attuazione di programmi di rilievo e applicazioni nazionale o interregionale 95
Art. 17 d.lgs. n.229 - Norme transitorie *96*

***Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517* recante: "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"** 98

TITOLO I
ORDINAMENTO

Art. 1 [1]
Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le **risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3** e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. [2]

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

---

1 Articolo sostituito dall'art. 1 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

2 Comma modificato dall'art. 1, comma 5, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

   a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
   b) l'assistenza distrettuale;
   c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

   a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
   b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
   c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

    a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
    b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
    c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
    d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
    e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
    f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
    g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
    h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
    i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

    a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
    b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
    c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
    d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
    e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. I Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dall'entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della

predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460.

Art. 2 [3]
Competenze regionali

1. *Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.*

2. *Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie.*

2-*bis*. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

2-*ter*. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-*bis*, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani.

2-*quater*. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi.

2-*quinquies*. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le

3 Articolo modificato dall'art. 2 del d. lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione a esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-*quater,* ove costituito.

2-*sexies*. La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i princìpi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-*bis*, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

h) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

i) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

l) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2 comma 1, lettera *l*, della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2-*septies.* Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18. [4]

2-*octies.* Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-*bis* e 2-*quinquies*, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto.

Art. 3 [5]
Organizzazione delle unità sanitarie locali

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-*bis*. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; **la loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei princìpi e criteri previsti da disposizioni regionali**. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. [6]

1-*ter*. Le aziende di cui ai commi 1 e 1-*bis* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente

4 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera b, del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

5 Articolo modificato dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

6 Comma modificato dall'art. 1 del decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168, recante: "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale" .

secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*.

1-*quater*. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-*quinquies*. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. (abrogato)

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. (abrogato)

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) – f) (abrogati)
g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza della unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. **I**

provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. [7] *L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.*

7. *Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi della unità sanitaria locale. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.*

8. *(abrogato)*

9. *Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate*

7 Periodo aggiunto dall'articolo 3 della legge 30 novembre 1998, n. 419, recante: "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del SSN. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

10. (abrogato) [8]

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

1) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;
2) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;
3) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'articolo 15 della legge 3 agosto 1988, n. 327, e dall'articolo 14 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
4) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente

8 Comma abrogato dall'art. 1 del decreto legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, recante: "Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali".

ospedaliera medica se nella unità sanitaria locale é presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica é assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. *Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.*

14. *Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.*

Art. 3-bis [9]
Direttore generale, direttore amministrativo

9 Articolo aggiunto dall’art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

e direttore sanitario

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-*octies*.

3. Gli aspiranti devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

   a) diploma di laurea;
   b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le Università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-*ter*, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data. [10]

5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

10 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera c e d, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis*, nel caso di manifesta in attuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporne la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-*bis* è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502,[11] anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della

11 D.P.C.M. 19.7.1995, n. 502, "Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28.11.1995, n. 278, modificato con D.P.C.M. 31.5.2001, n. 319, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 7.8.2001, n. 182.

Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484[12], alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181[13], e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

---

12 D.P.R. 10.12.1997 n. 484, "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale", pubblicato nella Gazz. Uff. 17 gennaio 1998, n. 13, S.O.

[13] D.Lgs. 24-4-1997 n. 181, "Attuazione della delega conferita dall'articolo 2, comma 22, della L. 8 agosto 1995, n. 335 , in materia di regime pensionistico per gli iscritti all'Istituto nazionale di previdenza per i dirigenti di aziende industriali, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 25.6.1997, n. 146.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

Art. 3-ter [14]
Collegio sindacale

1. Il collegio sindacale:

   a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
   b) vigila sull'osservanza della legge;
   c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
   d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

2. I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.

Art. 3-quater [15]
Distretto

14 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
15 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-*quinquies*, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

   a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-*quinquies*;
   b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-*septies* e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
   c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione.

Art. 3-quinquies [16]
Funzioni e risorse del distretto

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

16 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

a) assistenza specialistica ambulatoriale;
b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Art. 3-sexies [17]
Direttore di distretto

1. Il direttore del distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto supporta la direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto.

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

17 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

4. La legge regionale disciplina gli oggetti di cui agli articoli 3-*quater*, comma 3 e 3-*quinquies*, commi 2 e 3, nonché al comma 3 del presente articolo, nel rispetto dei princìpi fondamentali desumibili dalle medesime disposizioni; ove la regione non disponga, si applicano le predette disposizioni.

Art. 3-septies [18]
Integrazione sociosanitaria

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

   a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
   b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera *n*), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei princìpi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere *a*) e *b*), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

18 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

4. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la Solidarietà sociale e il Ministro per la Funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 quinquies, comma 1, lettera *c*), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Art. 3-octies [19]
Area delle professioni sociosanitarie

1. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale e con il Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentito il Consiglio superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** è disciplinata l'istituzione all'interno del Servizio sanitario nazionale, dell'area

19 Articolo aggiunto dall'art. 3 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria e sono individuate le relative discipline della dirigenza sanitaria. [20]

2. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentito il Ministro per l'Università e la ricerca scientifica e tecnologica e acquisito il parere del Consiglio superiore di Sanità, sono integrate le tabelle dei servizi e delle specializzazioni equipollenti previste per l'accesso alla dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale, in relazione all'istituzione dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sono individuati, sulla base di parametri e criteri generali definiti dalla Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, i profili professionali dell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria.

4. Le figure professionali di livello non dirigenziale operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare con corsi di diploma universitario, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità, di concerto con i Ministri dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e per la Solidarietà sociale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; i relativi ordinamenti didattici sono definiti dagli atenei, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127 sulla base di criteri generali determinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, emanato di concerto con gli altri Ministri interessati, tenendo conto dell'esigenza di una formazione interdisciplinare, adeguata alle competenze delineate nei profili professionali e attuata con la collaborazione di più facoltà universitarie.

5. Le figure professionali operanti nell'area sociosanitaria a elevata integrazione sanitaria, da formare in corsi a cura delle regioni, sono individuate con regolamento del Ministro della sanità di concerto con il Ministro per la Solidarietà sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400; con lo stesso decreto sono definiti i relativi ordinamenti didattici.

Art. 4 [21]
Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri

20 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera e, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

21 Articolo modificato dall'art.4 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

1. Per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto dei criteri e delle modalità di cui ai commi 1-*bis* e seguenti, possono essere costituiti o confermati in aziende, disciplinate dall'articolo 3, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, con le particolarità procedurali e organizzative previste dalle disposizioni attuative dell'articolo 11, comma 1, lettera *b*) della legge 15 marzo 1997, n. 59; le aziende di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, secondo le specifiche disposizioni definite in sede di attuazione della delega ivi prevista; le aziende ospedaliere di rilievo nazionale o interregionale, alle quali si applicano, salvo che sia diversamente previsto, le disposizioni del presente decreto relative alle unità sanitarie locali. Sino all'emanazione delle disposizioni attuative sugli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a essi si applicano le disposizioni del presente decreto relative alla dirigenza sanitaria, ai dipartimenti, alla direzione sanitaria e amministrativa aziendale e al collegio di direzione. Le disposizioni del presente decreto, salvo quanto in esso diversamente disposto, non si applicano ai policlinici universitari e alle aziende ove insistono le facoltà di medicina e chirurgia prima della data indicata dalle disposizioni attuative della delega prevista dall'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419; ove tale data non sia prevista, dette disposizioni si applicano a partire dal 1° aprile 2000.

1-*bis*. Nell'ambito della riorganizzazione della rete dei servizi conseguente al riordino del sistema delle aziende previsto dal presente decreto, le regioni possono proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di tutti i seguenti requisiti:

a) organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, in coerenza con l'articolo 17-*bis*;
b) disponibilità di un sistema di contabilità economico patrimoniale e di una contabilità per centri di costo;
c) presenza di almeno tre unità operative di alta specialità secondo le specificazioni di cui al decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, e successive modificazioni;
d) dipartimento di emergenza di secondo livello, ai sensi dell'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31 marzo 1992 e successive modificazioni, secondo le specificazioni contenute nell'Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicate nella *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996;
e) ruolo di ospedale di riferimento in programmi integrati di assistenza su base regionale e interregionale, così come previsto dal Piano sanitario regionale e in considerazione della mobilità infraregionale e della frequenza dei trasferimenti da presidi ospedalieri regionali di minore complessità;

f) attività di ricovero in degenza ordinaria, nel corso dell'ultimo triennio, per pazienti residenti in regioni diverse, superiore di almeno il dieci per cento rispetto al valore medio regionale, salvo che per le aziende ubicate in Sicilia e in Sardegna;

g) indice di complessità della casistica dei pazienti trattati in ricovero ordinario, nel corso dell'ultimo triennio, superiore ad almeno il venti per cento rispetto al valore medio regionale;

h) disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato e sufficiente per consentire lo svolgimento delle attività istituzionali di tutela della salute e di erogazione di prestazioni sanitarie.

1-*ter*. I requisiti di cui alle lettere *c*) e *d*) del comma 1-*bis* non si applicano agli ospedali specializzati di cui al decreto ministeriale 31 gennaio 1995, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 127 del 2 giugno 1995. In ogni caso, non si procede alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nella azienda unità sanitaria locale.

1-*quater*. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, trasmettono al Ministro della sanità le proprie indicazioni ai fini della individuazione degli ospedali di rilievo nazionale o interregionale da costituire in azienda ospedaliera avuto riguardo a quanto previsto dai commi 1-*bis* e 1-*ter*. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, il Ministro della sanità, attenendosi alle indicazioni pervenute dalle regioni previa verifica dei requisiti e, in mancanza, sulla base di proprie valutazioni, formula le proprie proposte al Consiglio dei Ministri, il quale individua gli ospedali da costituire in azienda ospedaliera. Entro sessanta giorni dalla data della deliberazione del Consiglio dei Ministri, le regioni costituiscono in azienda, ai sensi del comma 1, i predetti ospedali. [22]

1-*quinquies*. Nel predisporre il piano sanitario regionale, e comunque dopo tre anni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, la regione procede a verificare la permanenza dei requisiti di cui al comma 1-*bis* e a valutare l'equilibrio economico delle aziende ospedaliere costituite nel suo ambito territoriale. In caso di grave disavanzo nel triennio considerato, oppure di perdita dei requisiti di cui al comma 1-*bis*, la costituzione in azienda viene revocata, secondo le procedure previste per la costituzione medesima, e la regione individua l'unità sanitaria locale subentrante nei relativi rapporti attivi e passivi.

1-*sexies*. I presidi attualmente costituiti in aziende ospedaliere, con esclusione dei presidi di cui al comma 6, per i quali viene richiesta la conferma e che non soddisfano i requisiti di cui al comma 1-*bis*, possono essere confermati per un periodo massimo di tre anni dalla data di entrata in

22 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera f, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** sulla base di un progetto di adeguamento presentato dalla regione, con la procedura di cui al comma 1-*ter*. Alla scadenza del termine previsto nel provvedimento di conferma, ove permanga la carenza dei requisiti, le regioni e il Ministero della sanità attivano la procedura di cui all'ultimo periodo del comma 1-*quinquies*; ove i requisiti sussistano, si procede ai sensi del comma 1-*quater*. [23]

1-*septies*. Le regioni definiscono le modalità dell'integrazione dell'attività assistenziale delle aziende di cui al comma 1 nella programmazione regionale e le forme della collaborazione con le unità sanitarie locali in rapporto alle esigenze assistenziali dell'ambito territoriale in cui operano, anche ai sensi dell'articolo 3-*septies*.

1-*octies*. Ai progetti elaborati dalle regioni e finanziati ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis*, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, hanno titolo a partecipare anche gli enti e gli istituti di cui al comma 12.

2. Possono essere individuati come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione quelli che dispongono di tutte le seguenti caratteristiche:

a) Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, provvede, sulla base dell'evoluzione scientifica e tecnologica, ad aggiornare periodicamente l'elenco delle attività di alta specialità e dei requisiti necessari per l'esercizio delle attività medesime.

b) (abrogata)

3. Sono ospedali a rilievo nazionale e di alta specializzazione i policlinici universitari, che devono essere inseriti nel sistema di emergenza sanitaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992.

4. (abrogato)
5. **(abrogato)** [24]
6. **(abrogato)** [25]
7-bis. (abrogato)
7-ter. (abrogato)

8. Le aziende ospedaliere, incluse quelle di cui al comma 5, devono chiudere il proprio bilancio in pareggio. L'eventuale avanzo di amministrazione è

23 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera f, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

24 I commi 5 e 6 sono stati abrogati dall'art. 2, comma 10, del d.lgs. 21.12.1999, n. 517, recante: "Disciplina dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

25 Vedere nota precedente.

utilizzato per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente e per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione. Il verificarsi di ingiustificati disavanzi di gestione o la perdita delle caratteristiche strutturali e di attività prescritte, fatta salva l'autonomia dell'università, comportano rispettivamente il commissariamento da parte della regione e la revoca dell'autonomia aziendale.

9. *Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'articolo 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.*

10. *Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 5, lettera g) in materia di personale in esubero, le regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri sulla base delle disposizioni di cui all'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, correlando gli standard ivi previsti con gli indici di degenza media, l'intervallo di turn-over e la rotazione degli assistiti, ed organizzando gli stessi presidi in dipartimenti. All'interno dei presidi ospedalieri e delle aziende di cui al presente articolo sono riservati spazi adeguati, da reperire entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, per l'esercizio della libera professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5 per cento e non superiore al 10 per cento dei posti letto per la istituzione di camere a pagamento. I direttori generali delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e, fino al loro insediamento, gli amministratori straordinari pro-tempore, nonché le autorità responsabili delle aziende di cui al comma 5, sono direttamente responsabili dell'attuazione di dette disposizioni. In caso di inosservanza la regione adotta i conseguenti provvedimenti sostitutivi. In caso di documentata impossibilità di assicurare gli spazi necessari alla libera professione all'interno delle proprie strutture, gli spazi stessi sono reperiti, previa autorizzazione della regione, anche mediante appositi contratti tra le unità sanitarie locali e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private. Per l'attività libero-professionale presso le suddette strutture sanitarie i medici sono tenuti ad utilizzare i modulari delle strutture sanitarie pubbliche da cui dipendono. I contratti sono limitati al tempo strettamente necessario per l'approntamento degli spazi per la libera professione all'interno delle strutture pubbliche e comunque non*

possono avere durata superiore ad un anno e non possono essere rinnovati. Il ricovero in camere a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera delle stesse, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero-professionale, di una somma forfettaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi. In ciascuna regione, a decorrere dalla data di entrata in vigore della disciplina di riorganizzazione ospedaliera di cui al presente articolo, e comunque entro un triennio dall'entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n, 517, cessano di avere efficacia le disposizioni di cui alla legge 12 febbraio 1968, n. 132 e al decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, nonché le disposizioni del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129.

11. I posti letto da riservare, ai sensi del comma 10 per la istituzione di camere a pagamento nonché quelli ascritti agli spazi riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. [26]

11 bis. Al fine di consentire in condizione di compatibilità e di coerenza con le esigenze e le finalità assistenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, l'esercizio delle attività libero professionali in regime ambulatoriale all'interno delle strutture e dei servizi, le disposizioni di cui all'articolo 35, comma 2, lettera d), del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, si applicano anche al restante personale della dirigenza del ruolo sanitario di cui all'articolo 15 del presente decreto. Per le prestazioni di consulenza e per la ripartizione dei proventi derivanti dalle predette attività si applicano le vigenti disposizioni contrattuali.

12. Nulla è innovato alla vigente disciplina per quanto concerne l'ospedale Galliera di Genova, l'Ordine Mauriziano e gli istituti ed enti che esercitano l'assistenza ospedaliera di cui agli articoli 40, 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, fermo restando che l'apporto dell'attività dei suddetti presidi ospedalieri al Servizio sanitario nazionale è

26 Comma modificato dal disposto dell'art. 1, comma 16, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante: "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", e successive modificazioni. Il comma 16 così dispone: "I posti letto riservati per l'esercizio della libera professione intramuraria e per l'istituzione delle camere a pagamento, ai sensi dell'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, concorrono ai fini dello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dal citato articolo 2, comma 5, della legge 28 dicembre 1995, n. 549. Le regioni tengono conto dell'attivazione e dell'organizzazione dell'attività libero professionale intramuraria in sede di verifica dei risultati amministrativi e di gestione ottenuti dal direttore generale dell'unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera ai sensi dell'articolo 1, comma 6, del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, nonché ai fini della corresponsione della quota integrativa del trattamento economico del direttore generale di cui all'articolo 1, comma 5, del decreto del Presidente del consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502.".

regolamentato con le modalità previste dal presente articolo. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico-organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e a quelli di cui all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministro della sanità.

13. I rapporti tra l'ospedale Bambino Gesù, appartenente alla Santa Sede, le strutture del Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Servizio sanitario nazionale, relativamente all'attività assistenziale, sono disciplinati da appositi accordi da stipularsi rispettivamente tra la Santa Sede, il Sovrano Militare Ordine di Malta ed il Governo italiano.

Art. 5 [27]
Patrimonio e contabilità

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili e immobili a esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.

2. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'articolo 830, secondo comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione. I beni mobili e immobili che le unità sanitarie locali, le aziende ospedaliere e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

3. Le leggi e i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

4. Gli atti di donazione a favore delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere che abbiano a oggetto beni immobili con specifica destinazione a finalità rientranti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sono esenti dal pagamento delle imposte di donazione, ipotecarie e catastali.

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e

27 Articolo così sostituito dall'art. 5 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con decreto legislativo 9 aprile 1991, n. 127, e prevedendo: [28]

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;
b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;
c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;
d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;
f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

6. Per conferire struttura uniforme alle voci dei bilanci pluriennali e annuali e dei conti consuntivi annuali, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci e per consentire all'Agenzia per i servizi sanitari regionali rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, è predisposto apposito schema, con decreto interministeriale emanato di concerto fra i Ministri del tesoro e della sanità, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome.

7. Le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere sono tenute agli adempimenti di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468 e all'articolo 64 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. La disciplina contabile di cui al presente articolo decorre dal 1° gennaio 1995 e la contabilità finanziaria è soppressa.

Art. 5-bis [29]
Ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico

1. Nell'ambito dei programmi regionali per la realizzazione degli interventi previsti dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, il Ministero della sanità può stipulare, *di concerto con il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e* d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e nei limiti delle disponibilità finanziarie, iscritte nel bilancio dello Stato, accordi di programma con le regioni e con altri

28 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera g, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".
29 Articolo aggiunto dall'art. 5 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

soggetti pubblici interessati aventi a oggetto la relativa copertura finanziaria nell'arco pluriennale degli interventi, l'accelerazione delle procedure e la realizzazione di opere, con particolare riguardo alla qualificazione e messa a norma delle strutture sanitarie.

2. Gli accordi di programma previsti dal comma 1 disciplinano altresì le funzioni di monitoraggio e di vigilanza demandate al Ministero della sanità, i rapporti finanziari fra i soggetti partecipanti all'accordo, le modalità di erogazione dei finanziamenti statali, le modalità di partecipazione finanziaria delle regioni e degli altri soggetti pubblici interessati, nonché gli eventuali apporti degli enti pubblici preposti all'attuazione.

3. In caso di mancata attivazione del programma oggetto dell'accordo entro i termini previsti dal medesimo programma, la copertura finanziaria assicurata dal Ministero della sanità viene riprogrammata e riassegnata, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, in favore di altre regioni o enti pubblici interessati al programma di investimenti, tenuto conto della capacità di spesa e di immediato utilizzo delle risorse da parte dei medesimi.

Art. 6
Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università

1. (abrogato) [30]

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il

30 Comma abrogato dall'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, , recante: "Disciplina dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole é rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257.

3. *A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario é affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova scritta e in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei collegi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1 gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento é in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.*

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico socio-sanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. E' fatto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia e in odontoiatria.

Art. 6-bis [31]
Protocolli d'intesa tra le regioni, le Università e le strutture del Servizio sanitario nazionale

1. (abrogato) [32]

2. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 si applicano le linee guida di cui al decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 181 del 5 agosto 1997. [33]

3. Fino all'emanazione del decreto di cui al comma 1 le strutture sono individuate, per quanto concerne la formazione specialistica, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 17 dicembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 17 del 21 gennaio 1997 e, per quanto concerne i diplomi universitari, in conformità al decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 24 settembre 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 234 del 7 ottobre 1997. [34]

Art. 6-ter [35]
Fabbisogno di personale sanitario

---

31 Articolo aggiunto dall'art. 6 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

32 Comma abrogato dall'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante: "Disciplina dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

33 Ai sensi dell'art. 1, comma 5, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante: "Disciplina dei rapporti fra il Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", il termine previsto dai commi 2 e 3 è differito alla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dal comma 2.

34 Vedi nota precedente.

35 Articolo aggiunto dall'art. 6 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, *anche suddiviso per regioni,* in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura è determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e sociosanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:

a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
b) modelli organizzativi dei servizi;
c) offerta di lavoro;
d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al Ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di inadempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari *ad acta* ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti.

Art. 7 [36]
Dipartimenti di prevenzione

1. (abrogato)

2. Le attività di indirizzo e coordinamento necessarie per assicurare la uniforme attuazione delle normative comunitarie e degli organismi internazionali sono assicurate dal Ministero della sanità che si avvale, per gli aspetti di competenza, dell'Istituto superiore di sanità, dell'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, degli Istituti zooprofilattici sperimentali, dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali,

36 Articolo modificato dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente e degli Istituti di ricerca del CNR e dell'ENEA.

3. I dipartimenti di prevenzione, tramite la regione, acquisiscono dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di lavoro. L'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro garantisce la trasmissione delle anzidette informazioni anche attraverso strumenti telematici.

Art. 7-bis [37]
Dipartimento di prevenzione

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli *7-ter* e 7-*quater*. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.

Art. 7-ter [38]
Funzioni del dipartimento di prevenzione

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:
   a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
   b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
   c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
   d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie

37 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
38 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;

e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;

f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale;

***f-bis*) tutela della salute nelle attività sportive.** [39]

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Art. 7-quater [40]
Organizzazione del dipartimento di prevenzione

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

   a) igiene e sanità pubblica;
   b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
   c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
   d) sanità animale;
   e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
   f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

---

39 Lettera aggiunta dall'art. 8, comma 3, lettera s, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

40 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

4. I servizi veterinari operano quale centro di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica.

Art. 7-quinquies [41]
Coordinamento con le Agenzie regionali per l'ambiente

1. Il Ministro della sanità e il Ministro dell'ambiente, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, stipulano, nell'ambito delle rispettive competenze, un accordo quadro per il coordinamento e la integrazione degli interventi per la tutela della salute e dell'ambiente che individua i settori di azione congiunta e i relativi programmi operativi.

2. Le regioni individuano le modalità e i livelli di integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, prevedendo la stipulazione di accordi di programma e convenzioni tra le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere e le agenzie regionali per la protezione dell'ambiente per la tutela della popolazione dal rischio ambientale, con particolare riguardo alle attività di sorveglianza epidemiologica e di comunicazione del rischio. Tali accordi devono comunque garantire l'erogazione delle prestazioni richieste dalle unità sanitarie locali per lo svolgimento di funzioni e di compiti istituzionali senza oneri aggiuntivi per il Servizio sanitario nazionale.

3. Le regioni e le unità sanitarie locali, per le attività di laboratorio già svolte dai presidi multizonali di prevenzione come compito di istituto, in base a norme vigenti, nei confronti delle unità sanitarie locali, si avvalgono delle agenzie regionali per la protezione dell'ambiente.

Art. 7-sexies [42]
Istituti zooprofilattici sperimentali e Uffici veterinari del Ministero della sanità

1. I servizi veterinari si avvalgono delle prestazioni e della collaborazione tecnico-scientifica degli Istituti zooprofilattici sperimentali. La programmazione regionale individua le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari delle unità sanitarie locali e gli Istituti zooprofilattici

41 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
42 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

sperimentali per il coordinamento delle attività di sanità pubblica veterinaria, nonché le modalità integrative rispetto all'attività dei Posti di ispezione frontaliera veterinaria e degli Uffici veterinari di confine, porto e aeroporto e quelli per gli adempimenti degli obblighi comunitari.

Art. 7-septies [43]
Funzioni di profilassi internazionale

1. Nell'ambito di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 relativamente alle funzioni di profilassi internazionale, le attribuzioni di igiene pubblica, ambientale e del lavoro di cui al decreto ministeriale 22 febbraio 1984 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 77 del 17 marzo 1984 e al decreto ministeriale 2 maggio 1985 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 142 del 118 giugno 1985 a esclusione delle suddette funzioni di profilassi internazionali su merci, persone e flussi migratori svolte dagli Uffici di sanità marittima e aerea del Ministero della sanità, sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle unità sanitarie locali territorialmente competenti.

Art. 7-octies [44]
Coordinamento delle attività di prevenzione nei luoghi di lavoro

1. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono definiti, sulla base dei princìpi e criteri di cui agli articoli 7-*bis e 7-ter*, gli indirizzi per un programma di azione nazionale per la prevenzione degli infortuni e la tutela della salute nei luoghi di lavoro, con particolare attenzione al coordinamento fra le competenze ispettive delle unità sanitarie locali, cui spetta la vigilanza sull'ambiente di lavoro, e quelle degli ispettorati del lavoro e dell'INAIL, nonché delle altre strutture di vigilanza, fermo restando quanto previsto in materia dal decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, e in particolare gli articoli 25 e 27.

2. Il dipartimento di prevenzione assicura, nella programmazione della propria attività destinata alla tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, il raccordo con gli organismi paritetici previsti dall'articolo 20 del decreto legislativo 19 settembre 1994, n. 626, o, qualora non ancora costituiti, con le parti sociali.

TITOLO II
PRESTAZIONI

43 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
44 Articolo aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

Art. 8 [45]
Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. **La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa.** [46] Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

   a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;

   b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

   c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede e orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

   d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua

45 Articolo modificato dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

46 Periodo aggiunto dall'art. 6, comma 1, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera *f);* una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera *f)*;

e) garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;

f) prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzi i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato; [47]

i) regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;[48]

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo

47 La presente lettera è stata sostituita dall'art. 6, comma 2, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

48 La presente lettera è stata modificata dall'art. 6, comma 3, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscano a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-*bis*. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale. [49]

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità

49 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera h, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché la individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

***2-bis*. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:**

***a)* del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;**

***b)* per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma *1-bis* del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria. [50]**

50 Articolo aggiunto dall'art. 6, comma 4, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

***2-ter*. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-*nonies* dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all' articolo 15-*nonies*, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della commissione di cui al presente comma.** [51]

3. Gli ordini ed i collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi ed ai collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli ordini o dai collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;
b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria" ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente articolo 1, comma 4, lett. b);

51 Articolo aggiunto dall'art. 6, comma 4, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplodenti, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del Servizio;
f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (abrogato)
6. (abrogato)
7. (abrogato)

8. *Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialisti ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità.* In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione

degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-*bis*. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso ed il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall''interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale. [52]

9. (abrogato)

" 3. Sono fatti salvi i provvedimenti in corso, attuativi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Sono abrogati i commi 5, 6, 7 e 9 dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni ". [53]

Art. 8-bis [54]
Autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali

1. Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater*, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*.

2. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita

52 Comma aggiunto dall'art. 3 del decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168, recante: "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale".
53 Si riporta il comma 3 dell'articolo 8 del d.lgs. 19.6.1999, n. 229, in quanto contenente una norma transitoria, anche se non aggiunto al d.lgs. 30.12.1992, n. 502.
54 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-*ter*, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater*, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie.

Art. 8-ter [55]
Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

   a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;
   b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
   c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in

55 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei princìpi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** le regioni determinano: [56]

   a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;
   b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.

Art. 8-quater [57]
Accreditamento istituzionale

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18*,* e alle strutture private lucrative.

---

56 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera i, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

57 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-*quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di Sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione Nazionale dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per: [58]

   a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;
   b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;
   c) le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

   a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;
   b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;
   c) assicurare che tutte le strutture accreditate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

58 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera l, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere *e*) e *f*);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

j) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

k) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

l) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

m) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter;*

n) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

o) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.

Art. 8-quinquies [59]
Accordi contrattuali

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti: [60]

59 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
60 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera m, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

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

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

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);
e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*.

***2-bis*. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-*ter*, sono individuate le categorie destinatarie e**

le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari. [61]

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia. [62]

Art. 8-sexies [63]
Remunerazione

1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies* e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento. Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione.

2. Le regioni definiscono le funzioni assistenziali nell'ambito delle attività che rispondono alle seguenti caratteristiche generali:

   a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;
   b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;
   c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;
   d) programmi di assistenza a malattie rare;

---

61 Comma aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

62 Comma aggiunto dall'art. 7 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

63 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori.

3. I criteri generali per la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima sono stabiliti con apposito decreto del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sulla base di *standard* organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta.

4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di *day hospital*, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3.

5. Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera *g*), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi *standard* di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità della assistenza. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali in base ai quali le regioni, adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

6. Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.

7. Il Ministro della sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

8. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell'ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale.

Art. 8-septies [64]
Prestazioni erogate in forma indiretta

1. I rimborsi relativi alle prestazioni erogate in forma indiretta sono definiti dalle regioni e dalle province autonome in misura non superiore al cinquanta per cento delle corrispondenti tariffe regionali determinate ai sensi dell'articolo 8-*sexies*. Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** è abolita l'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza. Resta ferma la normativa vigente in materia di assistenza sanitaria all'estero. [65]

Art. 8-octies [66]
Controlli

1. La regione e le aziende unità sanitarie locali attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità della assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese.

2. Per quanto riguarda le strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, la definizione degli accordi entro i termini stabiliti dalla regione e il rispetto dei programmi di attività previsti per ciascuna struttura rappresenta

64 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
65 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera n, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".
66 Articolo aggiunto dall'art. 8 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

elemento di verifica per la conferma degli incarichi al direttore generale, ai direttori di dipartimento e del contratto previsto per i dirigenti responsabili di struttura complessa, nonché per la corresponsione degli incentivi di risultato al personale con funzioni dirigenziali dipendente dalle aziende interessate.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono stabiliti, sulla base dei criteri di cui all'articolo 8-*quinquies*, i principi in base ai quali la regione assicura la funzione di controllo esterno sulla appropriatezza e sulla qualità della assistenza prestata dalle strutture interessate. Le regioni, in attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento entro sessanta giorni determinano: [67]

   a) le regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno e per la risoluzione delle eventuali contestazioni, stabilendo le relative penalizzazioni;
   b) il debito informativo delle strutture accreditate interessate agli accordi e le modalità per la verifica della adeguatezza del loro sistema informativo;
   c) l'organizzazione per la verifica del comportamento delle singole strutture;
   d) i programmi per promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori addetti alla gestione della documentazione clinica e alle attività di controllo.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 individua altresì i criteri per la verifica di:

   a) validità della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;
   b) necessità clinica e appropriatezza delle prestazioni e dei ricoveri effettuati, con particolare riguardo ai ricoveri di pazienti indirizzati o trasferiti ad altre strutture;
   c) appropriatezza delle forme e delle modalità di erogazione della assistenza;
   d) risultati finali della assistenza, incluso il gradimento degli utilizzatori dei servizi.

Art. 9 [68]

67 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera o, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".
68 Articolo aggiunto dall'art. 9 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

Fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale

1. Al fine di favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal Servizio sanitario nazionale e, con queste comunque direttamente integrate, possono essere istituiti fondi integrativi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, definiti dal Piano sanitario nazionale e dai relativi provvedimenti attuativi.

2. La denominazione dei fondi di cui al presente articolo deve contenere l'indicazione "fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale". Tale denominazione non può essere utilizzata con riferimento a fondi istituiti per finalità diverse.

3. Tutti i soggetti pubblici e privati che istituiscono fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono tenuti ad adottare politiche di non selezione dei rischi. Le fonti istitutive dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono le seguenti:

   a) contratti e accordi collettivi, anche aziendali;
   b) accordi tra lavoratori autonomi o fra liberi professionisti, promossi dai loro sindacati o da associazioni di rilievo almeno provinciale;
   c) regolamenti di regioni, enti territoriali ed enti locali;
   d) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da organizzazioni non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18 operanti nei settori dell'assistenza socio-sanitaria o dell'assistenza sanitaria;
   e) deliberazioni assunte, nelle forme previste dai rispettivi ordinamenti, da società di mutuo soccorso riconosciute;
   f) atti assunti da altri soggetti pubblici e privati, a condizione che contengano l'esplicita assunzione dell'obbligo di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione nei confronti di particolari gruppi di soggetti.

4. L'ambito di applicazione dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è rappresentato da:

   a) prestazioni aggiuntive, non comprese nei livelli essenziali e uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e da strutture accreditati;
   b) prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri su richiesta dell'assistito di cui all'articolo 1, comma 15, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

c) prestazioni sociosanitarie erogate in strutture accreditate residenziali e semiresidenziali o in forma domiciliare, per la quota posta a carico dell'assistito.

5. Fra le prestazioni di cui al comma 4, lettera *a*), sono comprese:

a) le prestazioni di medicina non convenzionale, ancorché erogate da strutture non accreditate;
b) le cure termali, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale;
c) l'assistenza odontoiatrica, limitatamente alle prestazioni non a carico del Servizio sanitario nazionale e comunque con l'esclusione dei programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e dell'assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

6. Con decreto del Ministro della sanità, previo parere della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, sono individuate le prestazioni relative alle lettere *a), b) e c*) del comma 5, nonché quelle ricomprese nella lettera *c*) del comma 4, le quali, in via di prima applicazione, possono essere poste a carico dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale.

7. I fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale sono autogestiti. Essi possono essere affidati in gestione mediante convenzione, da stipulare con istituzioni pubbliche e private che operano nel settore sanitario o sociosanitario da almeno cinque anni, secondo le modalità stabilite con decreto del Ministro della sanità, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Le regioni, le province autonome e gli enti locali, in forma singola o associata, possono partecipare alla gestione dei fondi di cui al presente articolo.

8. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale ai sensi del comma 10, è emanato, su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, il regolamento contenente le disposizioni relative all'ordinamento dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale. Detto regolamento disciplina:

a) le modalità di costituzione e di scioglimento;
b) la composizione degli organi di amministrazione e di controllo;
c) le forme e le modalità di contribuzione;
d) i soggetti destinatari dell'assistenza;
e) il trattamento e le garanzie riservate al singolo sottoscrittore e al suo nucleo familiare;
f) le cause di decadenza della qualificazione di fondo integrativo del Servizio sanitario nazionale.

9. La vigilanza sull'attività dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale è disciplinata dall'articolo 122 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. Presso il Ministero della sanità, senza oneri a carico dello Stato, sono istituiti: l'anagrafe dei fondi integrativi del servizio sanitario nazionale, alla quale debbono iscriversi sia i fondi vigilati dallo Stato che quelli sottoposti a vigilanza regionale; l'osservatorio dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, il cui funzionamento è disciplinato con il regolamento di cui al comma 8.

10. Le disposizioni del presente articolo acquistano efficacia al momento dell'entrata in vigore della disciplina del trattamento fiscale dei fondi ivi previsti, ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della legge 13 maggio 1999, n. 133.

Art. 9-bis [69]
Sperimentazioni gestionali

1. **Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.** [70]

2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri: [71]

a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;
b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;
c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi

69 Articolo sostituito dall'art. 10 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
70 Comma modificato dall'art. 3, comma 6, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 268 del 17 novembre 2001.
71 Comma modificato dall'art. 3, comma 6, del citato decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge 16 novembre 2001, n. 405.

inadempienze agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;

e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connessi all'assistenza alla persona;

f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute.. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.

Art. 10
Controllo di qualità

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

2. Le regioni, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8, comma 4, e avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verificano il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo alla introduzione ed utilizzazione di sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni. Il Ministro della sanità interviene nell'esercizio del potere di alta vigilanza.

3. Con decreto del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome e

sentite la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi competenti, sono stabiliti i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alle verifiche dei risultati conseguiti, avvalendosi del predetto sistema di indicatori.

4. Il Ministro della sanità accerta lo stato di attuazione presso le regioni del sistema di controllo delle prescrizioni mediche e delle commissioni professionali di verifica. La rilevazione dei dati contenuti nelle prescrizioni mediche è attuata dalle regioni e dalle province autonome con gli strumenti ritenuti più idonei. Il Ministro della sanità acquisisce il parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano in ordine alla eventuale attivazione dei poteri sostitutivi. Ove tale parere non sia espresso entro trenta giorni, il Ministro provvede direttamente. [72]

TITOLO III
FINANZIAMENTO

Art. 11
Versamento contributi assistenziali

1. *I datori di lavoro tenuti, in base alla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto, a versare all'I.N.P.S. i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, provvedono, alle scadenze già previste, al versamento con separata documentazione degli stessi distintamente dagli altri contributi ed al netto dei soli importi spettanti a titolo di fiscalizzazione del contributo per le predette prestazioni.*

2. *In sede di prima applicazione, nei primi cinque mesi del 1993, i soggetti di cui al comma precedente continuano a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale con le modalità vigenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.*

3. *I datori di lavoro agricoli versano allo SCAU, con separata documentazione, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi alle scadenze previste dalla normativa vigente alla data di entrata in vigore del presente decreto. Lo SCAU riversa all'I.N.P.S. i predetti contributi entro quindici giorni dalla riscossione. Per i lavoratori marittimi, fermo restando il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 1 del D.L. 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con*

72 Comma sostituito dall'articolo 4 del decreto legge 30 maggio 1994, n. 325, convertito con modificazioni dalla legge 19 luglio 1994, n. 467, recante "Misure urgenti in materia di partecipazione alla spesa sanitaria, di formazione dei medici e di farmacovigilanza".

modificazioni, nella legge 29 febbraio 1980, n. 33, i rispettivi datori di lavoro versano, con separata documentazione, alle scadenze previste per i soggetti di cui al comma 1, i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale, distintamente dagli altri contributi, alle Casse marittime che provvedono a riversarli all'I.N.P.S. entro 15 giorni dalla riscossione.

4. *Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale entro il bimestre successivo a quello della loro riscossione.*

5. *I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale dovuti sui redditi diversi da lavoro dipendente sono versati con le modalità previste dal decreto di attuazione dell'articolo 14 della legge 30 dicembre 1991, n. 413.*

6. *I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale sui redditi da pensione e da rendita vitalizia corrisposti da amministrazioni, enti, istituti, casse, gestioni o fondi di previdenza, per effetto di legge, regolamento e contratto o accordo collettivo di lavoro, sono versati, a cura dei predetti soggetti, entro la fine del bimestre successivo a quello di erogazione delle rate di pensione.*

7. *Nella documentazione relativa al versamento dei contributi di cui ai commi 1 e 3, i datori di lavoro sono tenuti anche ad indicare, distinti per regione in base al domicilio fiscale posseduto dal lavoratore dipendente, al 1° gennaio di ciascun anno, il numero dei soggetti, le basi imponibili contributive e l'ammontare dei contributi. In sede di prima applicazione le predette indicazioni relative ai primi cinque mesi del 1993 possono essere fornite con la documentazione relativa al versamento dei contributi effettuato nel mese di giugno 1993.*

8. *Per il 1993 i soggetti di cui al comma 6 provvedono agli adempimenti di cui al precedente comma con riferimento al luogo di pagamento della pensione.*

9. *I contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale e le altre somme ad essi connesse, sono attribuiti alle regioni in relazione al domicilio fiscale posseduto al 1° gennaio di ciascun anno dall'iscritto al Servizio sanitario nazionale.*

10. *Le amministrazioni statali, anche ad ordinamento autonomo, e gli enti di cui al comma 6, provvedono a versare i contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale su appositi conti infruttiferi aperti presso la tesoreria centrale dello Stato, intestati alle regioni. I contributi di cui al comma 5 sono fatti affluire sui predetti conti. I contributi di cui ai commi 1 e 3 sono accreditati dall'I.N.P.S. ai predetti conti. In sede di prima applicazione il versamento o l'accreditamento dei predetti contributi sui conti correnti infruttiferi delle regioni è effettuato con riferimento agli interi*

primi cinque mesi del 1993. In relazione al disposto di cui al comma 2, l'I.N.P.S. provvede, entro il 30 agosto 1993, alla ripartizione fra le regioni dei contributi riscossi nei primi cinque mesi del 1993. Ai predetti conti affluiscono altresì le quote del Fondo sanitario nazionale. Con decreto del Ministro del tesoro sono stabilite le modalità di attuazione delle disposizioni di cui al presente comma.

11. *I soggetti di cui al precedente comma inviano trimestralmente alle regioni interessate il rendiconto dei contributi sanitari riscossi o trattenuti e versati sui c/c di tesoreria alle stesse intestati; in sede di prima applicazione è inviato alle regioni il rendiconto del primo semestre 1993; entro trenta giorni dalla data di approvazione dei propri bilanci consuntivi, ovvero per le amministrazioni centrali dello Stato entro trenta giorni dalla data di presentazione al Parlamento del rendiconto generale, i soggetti di cui al precedente comma inviano alle regioni il rendiconto annuale delle riscossioni o trattenute e dei versamenti corredato dalle informazioni relative al numero dei soggetti e alle correlate basi imponibili contributive.*

12. *Al fine del versamento dei contributi per le prestazioni del Servizio sanitario nazionale non si applicano il comma 2 dell'articolo 63 del Regio decreto 18 novembre 1923, n. 2440, l'articolo 17 del Regio decreto 24 settembre 1940, n. 1949, e l'articolo 2 del Regio decreto 24 settembre 1940, n. 1954.*

13. *Le disposizioni di cui ai precedenti commi si applicano a decorrere dal 1° gennaio 1993.*

14. *Per l'anno 1993 il Ministro del tesoro è autorizzato a provvedere con propri decreti alla contestuale riduzione delle somme iscritte sul capitolo 3342 dello stato di previsione dell'entrata e sul capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per importi pari ai contributi accreditati alle regioni dai soggetti di cui al precedente comma 9.*

15. (abrogato) [73]

16. In deroga a quanto previsto dall'articolo 5, comma 3, del decreto-legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8, le anticipazioni mensili che possono essere corrisposte alle unità sanitarie locali per i primi nove mesi dell'anno 1993 sono riferite ad un terzo della quota relativa all'ultimo trimestre dell'anno 1992.

17. (abrogato) [74]

---

73 Comma abrogato dall’articolo 39 del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive (IRAP), revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'IRPEF e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali.

74 Comma abrogato dall’articolo 39 del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 - vedere nota n. 70.

18. E' abrogato l'articolo 5, comma 3, del decreto legge 25 novembre 1989, n. 382, convertito con modificazioni dalla legge 25 gennaio 1990, n. 8.

19. (abrogato) [75]

20. La partecipazione alla spesa sanitaria dei cittadini italiani, compresi i familiari, i quali risiedono in Italia e sono, in esecuzione di trattati bilaterali o multilaterali stipulati dall'Italia, esentati da imposte dirette o contributi sociali di malattia sui salari, emolumenti ed indennità percetti per il servizio prestato in Italia presso missioni diplomatiche o uffici consolari, sedi o rappresentanze di organismi o di uffici internazionali, o Stati esteri, é regolata mediante convenzioni tra il Ministero della sanità, il Ministero del tesoro, e gli organi competenti delle predette missioni, sedi o rappresentanze e Stati.

Art. 12[76]
Fondo sanitario nazionale

1. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente e in conto capitale è alimentato interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato ed il suo importo è annualmente determinato dalla legge finanziaria tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle regioni.

2. Una quota pari all'1 per cento del Fondo sanitario nazionale complessivo di cui al comma precedente, prelevata dalla quota iscritta nel bilancio del Ministero del tesoro e del Ministero del bilancio per le parti di rispettiva competenza, è trasferita nei capitoli da istituire nello stato di previsione del Ministero della sanità ed utilizzata per il finanziamento di:

a) attività di ricerca corrente e finalizzata svolta da:
- *1) Istituto superiore di sanità per le tematiche di sua competenza;*
- *2) Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro per le tematiche di sua competenza;*
- *3) istituti di ricovero e cura di diritto pubblico e privato il cui carattere scientifico sia riconosciuto a norma delle leggi vigenti;*
- *4) istituti zooprofilattici sperimentali per le problematiche relative all'igiene e sanità pubblica veterinaria;*

---

75 Comma abrogato dall'articolo 39 del d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446 - vedere nota n. 70.

76 Il fondo sanitario nazionale di parte corrente è stato eliminato, per le regioni a statuto ordinario, dal decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56: "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133".

b) iniziative previste da leggi nazionali o dal Piano sanitario nazionale riguardanti programmi speciali di interesse e rilievo interregionale o nazionale per ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie;

c) rimborsi alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere, tramite le regioni, delle spese per prestazioni sanitarie erogate a cittadini stranieri che si trasferiscono per cure in Italia previa autorizzazione del Ministro della sanità d'intesa con il Ministro degli affari esteri.

A decorrere dal 1° gennaio 1995, la quota di cui al presente comma è rideterminata ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera d, della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

3. Il Fondo sanitario nazionale, al netto della quota individuata ai sensi del comma precedente, è ripartito con riferimento al triennio successivo entro il 15 ottobre di ciascun anno, in coerenza con le previsioni del disegno di legge finanziaria per l'anno successivo, dal CIPE, su proposta del Ministro della sanità, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome; la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle regioni viene determinata sulla base di un sistema di coefficienti parametrici, in relazione ai livelli uniformi di prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale, determinati ai sensi dell'articolo 1, con riferimento ai seguenti elementi:

a) popolazione residente;
b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome;
c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.

4. Il Fondo sanitario nazionale in conto capitale assicura quote di finanziamento destinate al riequilibrio a favore delle regioni particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche.

5. Il Fondo sanitario nazionale di parte corrente assicura altresì, nel corso del primo triennio di applicazione del presente decreto, quote di finanziamento destinate alle regioni che presentano servizi e prestazioni eccedenti quelli da garantire comunque a tutti i cittadini rapportati agli standard di riferimento.

6. Le quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente, assegnate alle regioni a statuto ordinario, confluiscono in sede regionale nel Fondo

comune di cui all'articolo 8 della legge 16 maggio 1970, n. 281, come parte indistinta, ma non concorrono ai fini della determinazione del tetto massimo di indebitamento. Tali quote sono utilizzate esclusivamente per finanziare attività sanitarie. Per le regioni a statuto speciale e le province autonome le rispettive quote confluiscono in un apposito capitolo di bilancio.

Art. 12-bis [77]
Ricerca sanitaria

1. La ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo e operativo del Servizio sanitario nazionale e ai suoi obiettivi di salute, individuato con un apposito programma di ricerca previsto dal Piano sanitario nazionale.

2. Il Piano sanitario nazionale definisce, con riferimento alle esigenze del Servizio sanitario nazionale e tenendo conto degli obiettivi definiti nel Programma nazionale per la ricerca di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, gli obiettivi e i settori principali della ricerca del Servizio sanitario nazionale, alla cui coerente realizzazione contribuisce la comunità scientifica nazionale.

3. Il Ministero della sanità, sentita la Commissione nazionale per la ricerca sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, elabora il programma di ricerca sanitaria e propone iniziative da inserire nella programmazione della ricerca scientifica nazionale, di cui al decreto legislativo 5 giugno 1998, n. 204, e nei programmi di ricerca internazionali e comunitari. Il programma è adottato dal Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, ha validità triennale ed è finanziato dalla quota di cui all'articolo 12, comma 2.

4. Il programma di ricerca sanitaria:

   a) individua gli obiettivi prioritari per il miglioramento dello stato di salute della popolazione;
   b) favorisce la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari nonché di pratiche cliniche e assistenziali e individua gli strumenti di verifica del loro impatto sullo stato di salute della popolazione e degli utilizzatori dei servizi;
   c) individua gli strumenti di valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e della congruità economica delle procedure e degli interventi, anche in considerazione di analoghe sperimentazioni avviate da agenzie internazionali e con particolare riferimento agli

77 Articolo aggiunto dall'art. 11 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

interventi e alle procedure prive di una adeguata valutazione di efficacia;

d) favorisce la ricerca e la sperimentazione volte a migliorare la integrazione multiprofessionale e la continuità assistenziale, con particolare riferimento alle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria;

e) favorisce la ricerca e la sperimentazione volta a migliorare la comunicazione con i cittadini e con gli utilizzatori dei servizi sanitari, a promuovere l'informazione corretta e sistematica degli utenti e la loro partecipazione al miglioramento dei servizi;

f) favorisce la ricerca e la sperimentazione degli interventi appropriati per la implementazione delle linee guida e dei relativi diagnostico-terapeutici, per l'autovalutazione dell'attività degli operatori, la verifica e il monitoraggio e il monitoraggio dei risultati conseguiti.

5. Il programma di ricerca sanitaria si articola nelle attività di ricerca corrente e di ricerca finalizzata. La ricerca corrente è attuata tramite i progetti istituzionali degli organismi di ricerca di cui al comma seguente nell'ambito degli indirizzi del programma nazionale, approvati dal Ministro della sanità. La ricerca finalizzata attua gli obiettivi prioritari, biomedici e sanitari, del Piano sanitario nazionale. I progetti di ricerca biomedica finalizzata sono approvati dal Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, allo scopo di favorire il loro coordinamento.

6. Le attività di ricerca corrente e finalizzata sono svolte dalle regioni, dall'Istituto superiore di Sanità, dall'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza sul lavoro, dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali, dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati nonché dagli Istituti zooprofilattici sperimentali. Alla realizzazione dei progetti possono concorrere, sulla base di specifici accordi, contratti o convenzioni, le Università, il Consiglio nazionale delle ricerche e gli altri enti di ricerca pubblici e privati, nonché imprese pubbliche e private.

7. Per l'attuazione del programma il Ministero della sanità, anche su iniziativa degli organismi di ricerca nazionali, propone al Ministero per l'università e la ricerca scientifica e tecnologica e agli altri ministeri interessati le aree di ricerca biomedica e sanitaria di interesse comune, concordandone l'oggetto, le modalità di finanziamento e i criteri di valutazione dei risultati delle ricerche.

8. Il Ministero della sanità, nell'esercizio della funzione di vigilanza sull'attuazione del programma nazionale, si avvale della collaborazione tecnico-scientifica della Commissione nazionale per la ricerca sanitaria di cui all'articolo 2, comma 7, del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 266, degli organismi tecnico-scientifici del Servizio sanitario nazionale e delle regioni, sulla base di metodologie di accreditamento qualitativo, anche al fine di garantire la qualità e la indipendenza del processo di valutazione e di selezione dei progetti di ricerca.

9. Anche ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano disciplinano l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici istituiti presso ciascuna azienda sanitaria ai sensi dei decreti ministeriali 15 luglio 1997, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 18 agosto 1997, n. 191, e 18 marzo 1998, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* 28 maggio 1998, n. 122, tenendo conto delle indicazioni e dei requisiti minimi di cui ai predetti decreti e istituendo un registro dei Comitati etici operanti nei propri ambiti territoriali.

10. Presso il Ministero della sanità è istituito il Comitato etico nazionale per la ricerca e per le sperimentazioni cliniche. Il Comitato:

    a) segnala, su richiesta della Commissione per la ricerca sanitaria ovvero di altri organi o strutture del Ministero della sanità o di altre pubbliche amministrazioni, le conseguenze sotto il profilo etico dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;
    b) comunica a organi o strutture del Ministero della sanità le priorità di interesse dei progetti di ricerca biomedica e sanitaria;
    c) coordina le valutazioni etico–scientifiche di sperimentazioni cliniche multicentriche di rilevante interesse nazionale, relative a medicinali o a dispositivi medici, su specifica richiesta del Ministro della sanità;
    d) esprime parere su ogni questione tecnico–scientifica ed etica concernente la materia della ricerca di cui al comma 1 e della sperimentazione clinica dei medicinali e dei dispositivi medici che gli venga sottoposta dal Ministro della sanità.

11. Le regioni formulano proposte per le predisposizione del programma di ricerca sanitaria di cui al presente articolo, possono assumere la responsabilità della realizzazione di singoli progetti finalizzati, e assicurano il monitoraggio sulla applicazione dei conseguenti risultati nell'ambito del Servizio sanitario regionale.

Art. 13
Autofinanziamento regionale

1. Le regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato. [78]

78 La Corte Costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (G.U. 4 agosto 1993, n. 32- Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 13, primo comma, nella parte in cui, nello stabilire l'esonero immediato e totale dello Stato da interventi finanziari volti a far fronte ai disavanzi di gestione delle

2. *Per provvedere agli oneri di cui al comma precedente le regioni hanno facoltà, ad integrazione delle misure già previste dall'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41, di prevedere la riduzione dei limiti massimi di spesa per gli esenti previsti dai livelli di assistenza, l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salva-vita, nonché variazioni in aumento dei contributi e dei tributi regionali secondo le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 1, lettera i) della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*

3. *Le regioni, nell'ambito della propria disciplina organizzativa dei servizi e della valutazione parametrica dell'evoluzione della domanda delle specifiche prestazioni, possono prevedere forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini, con esclusione dei soggetti a qualsiasi titolo esenti, nel rispetto dei principi del presente decreto.*

TITOLO IV
PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Art. 14 [79]
Diritti dei cittadini

1. *Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.*

---

unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non prevede una adeguata disciplina diretta a rendere graduale il passaggio e la messa a regime del sistema di finanziamento previsto nelle stesso decreto legislativo n. 502 del 1992.

79 Articolo modificato dall'art. 12 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

2. *Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie.*
   Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. *Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.*

3. *Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della Relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.*

4. *Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.*
   Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. *Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità della assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza della atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte della interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti*

accreditati presso la regione competente, al direttore generale della unità sanitaria. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce ne preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

6. *Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.*

7. *E' favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio e di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge 11 agosto 1991, n. 266, e dalle leggi regionali attuative.*

8. *Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.*

TITOLO V
PERSONALE

Art. 15 [80]
Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie

1. Fermo restando il principio dell'invarianza della spesa, la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, e in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. In sede di contrattazione collettiva nazionale sono previste, in conformità ai principi e alle disposizioni del presente decreto, criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi

80 Articolo così sostituito dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

dirigenziali e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato.

2. La dirigenza sanitaria è disciplinata dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.

3. L'attività dei dirigenti sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale e aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare e alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

4. All'atto della prima assunzione, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività. A tali fini il dirigente responsabile della struttura predispone e assegna al dirigente un programma di attività finalizzato al raggiungimento degli obiettivi prefissati e al perfezionamento delle competenze tecnico professionali e gestionali riferite alla struttura di appartenenza. In relazione alla natura e alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini e capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica di cui al comma 5, al dirigente, con cinque anni di attività con valutazione positiva **sono attribuite** funzioni di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo, nonché **possono essere attribuiti** incarichi di direzione di strutture semplici. [81]

5. Il dirigente è sottoposto a verifica triennale; quello con incarico di struttura, semplice o complessa, è sottoposto a verifica anche al termine dell'incarico. Le verifiche concernono le attività professionali svolte e i risultati raggiunti, **livello di partecipazione, con esito positivo, ai programmi di formazione continua di cui all'articolo 16-*bis*** e sono effettuate da un collegio tecnico, nominato dal direttore generale e presieduto dal direttore del dipartimento. **L'esito positivo delle verifiche costituisce condizione per la conferma nell'incarico o per il**

81 Comma modificato dall'art. 8, comma 1, lettera d, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo. [82]

6. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

7. Alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami, disciplinato ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 **ivi compresa la possibilità di accesso con una specializzazione in disciplina affine.** [83] Gli incarichi di direzione di struttura complessa sono attribuiti a coloro che siano in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n.484, e secondo le modalità dallo stesso stabilite, salvo quanto previsto dall'articolo 15-*ter*, comma 2. Si applica quanto previsto dall'articolo 28, comma 1, del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni, come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo 29 ottobre 1998, n. 387.

8. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 5, comma 1, lettera *d*) del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, come modificato dall'articolo 16-*quinquies*, deve essere conseguito dai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa entro un anno dall'inizio dell'incarico; il mancato superamento del primo corso, attivato dalla regione successivamente al conferimento dell'incarico, determina la decadenza dall'incarico stesso. I dirigenti sanitari con incarico quinquennale alla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229**, sono tenuti a partecipare al primo corso di formazione manageriale programmato dalla regione; i dirigenti confermati nell'incarico sono esonerati dal possesso dell'attestato di formazione manageriale.[84]

---

82 L'ultimo periodo di questo comma è stato sostituito dall'art. 8, comma 1, lettera a, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254; il comma è stato, inoltre, modificato dall'art. 8, comma 1, lettera e, dello stesso d.lgs. n. 254 del 2000, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

83 Periodo così modificato dall'art. 8, comma 1, lettera b, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

84 Comma modificato dall'art. 8, comma 1, lettera c, e dal comma 3, lettera p, del d.lgs. 28 luglio 2000, n.254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il

9. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di salvaguardia del trattamento economico fisso dei dirigenti in godimento alla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229.** [85]

Art. 15-bis [86]
Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

2. La direzione delle strutture e degli uffici è affidata ai dirigenti secondo i criteri e le modalità stabiliti nell'atto di cui al comma 1, nel rispetto, per la dirigenza sanitaria, delle disposizioni di cui all'articolo 15-*ter*. Il rapporto dei dirigenti è esclusivo, fatto salvo quanto previsto in via transitoria per la dirigenza sanitaria dall'articolo 15-*sexies*.

3. **A far data dal 31 dicembre 2002** sono soppressi i rapporti di lavoro a tempo definito per la dirigenza sanitaria. In conseguenza della maggiore disponibilità di ore di servizio sono resi indisponibili in organico un numero di posti della dirigenza per il corrispondente monte ore. I contratti collettivi nazionali di lavoro disciplinano le modalità di regolarizzazione dei rapporti soppressi. [87] [88]

Art.15-ter [89]
Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura

---

potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari", che ha soppresso la parola "già", nell'ultimo periodo.

85 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera p, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

86 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

87 Comma modificato dall'art. 2, comma 5-bis, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria".

88 **Il termine** "A far data dal 1 febbraio 2002", introdotto dal comma 5-bis dell'articolo 2 del d.l. 8 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, **è stato differito al 31 dicembre 2002** dal decreto legge 7 febbraio 2002, n. 8, convertito, con modificazioni, nella legge 4 aprile 2002, n. 56.

89 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4 sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-*bis*, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni. **Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.** [90]

2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. **Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo.** [91]

---

90 Periodo aggiunto dall'art. 8, comma 2, lettera a, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

91 Periodo aggiunto dall'art. 8, comma 2, lettera b, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto a una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, comma primo, del codice civile.

Art. 15-quater [92]
Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario

1. I dirigenti sanitari, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato o a tempo determinato, con i quali sia stato stipulato il contratto di lavoro o un nuovo contratto di lavoro in data successiva al 31 dicembre 1998, nonché quelli che, alla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** abbiano optato per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, sono assoggettati al rapporto di lavoro esclusivo. [93]

2. Salvo quanto previsto al comma 1, i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998, che hanno optato per l'esercizio dell'attività libero professionale extramuraria, passano, a domanda, al rapporto di lavoro esclusivo.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,** tutti i dirigenti in servizio alla data del 31 dicembre 1998 sono tenuti a comunicare al direttore generale l'opzione in ordine al rapporto esclusivo. In assenza di comunicazione si presume che il dipendente abbia optato per il rapporto esclusivo. [94] [95]

4. Il dirigente sanitario con rapporto di lavoro esclusivo non può chiedere il passaggio al rapporto di lavoro non esclusivo.

---

92 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

93 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera q, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

94 Il decreto legislativo 2 marzo 2000, n. 49, all'art. 1, comma 1, così dispone: "Il termine di cui all'art. 15-quater, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, è fissato al 14 marzo 2000. Tale termine si applica, altresì, ai dirigenti titolari di incarico quinquennale conferito prima del 31 dicembre 1998. I predetti dirigenti, in caso di non opzione per il rapporto esclusivo, sono confermati nell'incarico fino al 30 giugno 2000".

95 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera q, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

5. I contratti collettivi di lavoro stabiliscono il trattamento economico aggiuntivo da attribuire ai dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo ai sensi dell'articolo 1, comma 12, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, nei limiti delle risorse destinate alla contrattazione collettiva.

Art. 15-quinquies [96]
Caratteristiche del rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari

1. Il rapporto di lavoro esclusivo dei dirigenti sanitari comporta la totale disponibilità nello svolgimento delle funzioni dirigenziali attribuite dall'azienda, nell'ambito della posizione ricoperta e della competenza professionale posseduta e della disciplina di appartenenza, con impegno orario contrattualmente definito.

2. Il rapporto di lavoro esclusivo comporta l'esercizio dell'attività professionale nelle seguenti tipologie:

   a) il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale d'intesa con il collegio di direzione, salvo quanto disposto dal comma 11 dell'articolo 72 della legge 23 dicembre 1998, n. 448;
   b) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività a pagamento svolta in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;
   c) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in équipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del Servizio sanitario nazionale o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;
   d) la possibilità di partecipazione ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le équipe dei servizi interessati. Le modalità di svolgimento delle attività di cui al presente comma e i criteri per l'attribuzione dei relativi proventi ai dirigenti sanitari interessati nonché al personale che presta la propria collaborazione sono stabiliti dal direttore generale in conformità alle previsioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro. **L'azienda disciplina i casi in cui l'assistito può chiedere all'azienda medesima che la prestazione sanitaria sia resa direttamente dal dirigente scelto dall'assistito ed erogata al domicilio dell'assistito medesimo,**

96 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

in relazione alle particolari prestazioni sanitarie richieste o al carattere occasionale o straordinario delle prestazioni stesse o al rapporto fiduciario già esistente fra il medico e l'assistito con riferimento all'attività libero professionale intramuraria già svolta individualmente o in equipe nell'ambito dell'azienda, fuori dell'orario di lavoro. [97]

3. Per assicurare un corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero professionale e al fine anche di concorrere alla riduzione progressiva delle liste di attesa, l'attività libero professionale non può comportare, per ciascun dipendente, un volume di prestazioni superiore a quella assicurato per i compiti istituzionali. La disciplina contrattuale nazionale definisce il corretto equilibrio fra attività istituzionale e attività libero professionale nel rispetto dei seguenti principi: l'attività istituzionale è prevalente rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze del servizio e della prevalenza dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali; devono essere comunque rispettati i piani di attività previsti dalla programmazione regionale e aziendale e conseguentemente assicurati i relativi volumi prestazionali e i tempi di attesa concordati con le équipe; l'attività libero professionale è soggetta a verifica da parte di appositi organismi e sono individuate penalizzazioni, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni di cui al presente comma o di quelle contrattuali.

4. Nello svolgimento dell'attività di cui al comma 2 non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale.

5. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, implicano il rapporto di lavoro esclusivo. Per struttura ai fini del presente decreto, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista, dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

6. Ai fini del presente decreto, si considerano strutture complesse i dipartimenti e le unità operative individuate secondo i criteri di cui all'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'articolo 8-quater, comma 3. Fino all'emanazione del predetto atto si considerano strutture complesse tutte le strutture già riservate dalla pregressa normativa ai dirigenti di secondo livello dirigenziale.

7. I dirigenti sanitari appartenenti a posizioni funzionali apicali alla data del 31 dicembre 1998, che non abbiano optato per il rapporto quinquennale ai sensi della pregressa normativa, conservano l'incarico di direzione di struttura complessa alla quale sono preposti. Essi sono sottoposti a

97 Periodo aggiunto dall'art. 4 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

verifica entro il 31 dicembre 1999, conservando fino a tale data il trattamento tabellare già previsto per il secondo livello dirigenziale. In caso di verifica positiva, il dirigente è confermato nell'incarico, con rapporto esclusivo, per ulteriori sette anni. In caso di verifica non positiva o di non accettazione dell'incarico con rapporto esclusivo, al dirigente è conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico di dirigente. **98**

8. Il rapporto di lavoro esclusivo costituisce titolo di preferenza per gli incarichi didattici e di ricerca e per i comandi e i corsi di aggiornamento tecnico-scientifico e professionale.

9. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche al personale di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 17 luglio 1980, n. 382, con le specificazioni e gli adattamenti che saranno previsti in relazione ai modelli gestionali e funzionali di cui all'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419, dalle disposizioni di attuazione della delega stessa.

10. Fermo restando, per l'attività libero professionale in regime di ricovero, quanto disposto dall'articolo 72, comma 11, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, è consentita, in caso di carenza di strutture e spazi idonei alle necessità connesse allo svolgimento delle attività libero-professionali in regime ambulatoriale, limitatamente alle medesime attività e fino al 31 luglio 2003, l'utilizzazione del proprio studio professionale con le modalità previste dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, serie

98 Il decreto legislativo 2 marzo 2000, n. 49, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari", all'art. 1, commi 2-4, così dispone: "I dirigenti di cui all'articolo 15-quinquies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che alla data di entrata in vigore del presente decreto non sono sottoposti a verifica ai sensi del medesimo comma 7, e che, nel termine di cui al comma 1, abbiano optato per il rapporto esclusivo ovvero che non abbiano comunicato l'opzione al direttore generale, possono chiedere al direttore generale, entro il 30 aprile 2000, la verifica dell'attività svolta nell'ultimo quinquennio. Il direttore generale dispone la verifica entro il 30 giugno 2000, da concludere entro il 31 dicembre 2000. La verifica è effettuata da un comitato composto dal direttore sanitario dell'azienda, con funzioni di presidente, e da due esperti esterni all'azienda, di cui uno nominato dalla regione e uno nominato dal consiglio di direzione dell'azienda. Nel caso di verifica positiva i dirigenti sono confermati nell'incarico di direzione della struttura complessa, con rapporto esclusivo, per ulteriori sette anni. Nel caso di verifica non positiva al dirigente è conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro.
I dirigenti di cui al comma 2 del presente articolo che non chiedono di essere sottoposti a verifica sono confermati nell'incarico di direzione della struttura complessa, con rapporto esclusivo, per ulteriori due anni, a decorrere dal 30 aprile 2000. A decorrere dal 1 maggio 2002, ai dirigenti di cui al presente comma è conferito un incarico professionale non comportante direzione di struttura in conformità con le previsioni del contratto collettivo nazionale di lavoro.
Restano ferme le disposizioni di cui all'articolo 15-quinquies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, in caso di opzione per il rapporto non esclusivo o di non accettazione dell'incarico con rapporto esclusivo.".

generale n. 121, del 26 maggio 2000, fermo restando per l'azienda sanitaria la possibilità di vietare l'uso dello studio nel caso di possibile conflitto di interessi. Le regioni possono disciplinare in modo più restrittivo la materia in relazione alle esigenze locali. [99]

Art. 15-sexies [100]
Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'articolo 1, comma 10, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.

Art. 15-septies [101]
Contratti a tempo determinato

1. I direttori generali possono conferire incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato e con rapporto di lavoro esclusivo, entro il limite del due per cento della dotazione organica della dirigenza, a laureati di particolare e comprovata qualificazione professionale che abbiano svolto attività in organismi ed enti pubblici o privati o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali o che abbiano conseguito una particolare specializzazione professionale, culturale e scientifica desumibile dalla formazione universitaria e post universitaria, da pubblicazioni scientifiche o da concrete esperienze di lavoro e che non godano del trattamento di quiescenza. I contratti hanno durata non inferiore a due anni e non superiore a cinque anni, con facoltà di rinnovo.

2. Le aziende unità sanitarie e le aziende ospedaliere possono stipulare, oltre a quelli previsti dal comma precedente, contratti a tempo determinato, in numero non superiore al cinque per cento della dotazione organica della dirigenza sanitaria, a esclusione della dirigenza medica,

---

99 Comma sostituito dall'art. 3 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

100 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

101 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

nonché della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa, per l'attribuzione di incarichi di natura dirigenziale, relativi a profili diversi da quello medico, a esperti di provata competenza che non godano del trattamento di quiescenza e che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici requisiti coerenti con le esigenze che determinano il conferimento dell'incarico.

3. Il trattamento economico è determinato sulla base dei criteri stabiliti nei contratti collettivi della dirigenza del Servizio sanitario nazionale.

4. Per il periodo di durata del contratto di cui al comma 1 i dipendenti di pubbliche amministrazioni sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento dell'anzianità di servizio.

5. Gli incarichi di cui al presente articolo, conferiti sulla base di direttive regionali, comportano l'obbligo per l'azienda di rendere contestualmente indisponibili posti di organico della dirigenza per i corrispondenti oneri finanziari.

5-bis. **Per soddisfare le esigenze connesse all'espletamento dell'attività libero professionale deve essere utilizzato il personale dipendente del servizio sanitario nazionale. Solo in caso di oggettiva e accertata impossibilità di far fronte con il personale dipendente alle esigenze connesse all'attivazione delle strutture e degli spazi per l'attività libero professionale, le aziende sanitarie possono acquisire personale, non dirigente, del ruolo sanitario e personale amministrativo di collaborazione, tramite contratti di diritto privato a tempo determinato anche con società cooperative di servizi. Per specifici progetti finalizzati ad assicurare l'attività libero professionale, le aziende sanitarie possono, altresì, assumere il personale medico necessario, con contratti di diritto privato a tempo determinato o a rapporto professionale. Gli oneri relativi al personale di cui al presente comma sono a totale carico della gestione di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724. La validità dei contratti è subordinata, a pena di nullità, all'effettiva sussistenza delle risorse al momento della loro stipulazione. Il direttore generale provvede ad effettuare riscontri trimestrali al fine di evitare che la contabilità separata presenti disavanzi. Il personale assunto con rapporto a tempo determinato o a rapporto professionale è assoggettato al rapporto esclusivo, salvo espressa deroga da parte dell'azienda, sempre che il rapporto di lavoro non abbia durata superiore a sei mesi e cessi comunque a tale scadenza. La deroga può essere concessa una sola volta anche in caso di nuovo rapporto di lavoro con altra azienda.** [102]

102 Comma aggiunto dall'art. 2 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

Art. 15-octies [103]
Contratti per l'attuazione di progetti finalizzati

1. Per l'attuazione di progetti finalizzati, non sostitutivi dell'attività ordinaria, le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere possono, nei limiti delle risorse di cui all'articolo 1, comma 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662, a tal fine disponibili, assumere con contratti di diritto privato a tempo determinato soggetti in possesso di diploma di laurea ovvero di diploma universitario, di diploma di scuola secondaria di secondo grado o di titolo di abilitazione professionale nonché di abilitazione all'esercizio della professione, ove prevista.

Art.15-nonies [104]
Limite massimo di età per il personale della dirigenza medica e per la cessazione dei rapporti convenzionali

1. Il limite massimo di età per il collocamento a riposo dei dirigenti medici del Servizio sanitario nazionale, ivi compresi i responsabili di struttura complessa, è stabilito al compimento del sessantacinquesimo anno di età, fatta salva l'applicazione dell'articolo 16 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 503. E' abrogata la legge 19 febbraio 1991, n. 50, fatto salvo il diritto a rimanere in servizio per coloro i quali hanno già ottenuto il beneficio.

2. Il personale medico universitario di cui all'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, cessa dallo svolgimento delle ordinarie attività assistenziali di cui all'articolo 6, comma 1, nonché dalla direzione delle strutture assistenziali, al raggiungimento del limite massimo di età di sessantasette anni. Il personale già in servizio cessa dalle predette attività e direzione al compimento dell'età di settanta anni se alla data del 31 dicembre 1999 avrà compiuto sessantasei anni e all'età di sessantotto anni se alla predetta data avrà compiuto sessanta anni. I protocolli d'intesa tra le regioni e le Università e gli accordi attuativi dei medesimi, stipulati tra le Università e le aziende sanitarie ai sensi dell'articolo 6, comma 1, disciplinano le modalità e i limiti per l'utilizzazione del suddetto personale universitario per specifiche attività assistenziali strettamente correlate all'attività didattica e di ricerca.

3. Le disposizioni di cui al precedente comma 1 si applicano anche nei confronti del personale a rapporto convenzionale di cui all'articolo 8. In sede di rinnovo delle relative convenzioni nazionali sono stabiliti tempi e modalità di attuazione.

---

103 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
104 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

4. Restano confermati gli obblighi contributivi dovuti per l'attività svolta, in qualsiasi forma, dai medici e dagli altri professionisti di cui all'articolo 8.

Art. 15-decies [105]
Obbligo di appropriatezza

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rimborsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.

Art. 15-undecies [106]
Applicabilità al personale di altri enti

1. Gli enti e istituti di cui all'articolo 4, comma 12, nonché gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto privato adeguano i propri ordinamenti del personale alle disposizioni del presente decreto. A seguito di tale adeguamento, al personale dei predetti enti e istituti si applicano le disposizioni di cui all'articolo 25 del decreto del Presidente della Repubblica. 20 dicembre 1979, n. 761, anche per quanto attiene ai trasferimenti da e verso le strutture pubbliche.

Art. 15-duodecies [107]

105 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
106 Articolo aggiunto dall'art. 13 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
107 Articolo aggiunto dall'art. 1 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

Strutture per l'attività libero-professionale

1. Le regioni provvedono, entro il 31 dicembre 2000, alla definizione di un programma di realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionale intramuraria.

2. Il Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determina, nel limite complessivo di lire 1.800 miliardi, l'ammontare dei fondi di cui all'articolo 20 della richiamata legge n. 67 del 1988, utilizzabili in ciascuna regione per gli interventi di cui al comma 1.

3. Fermo restando l'articolo 72, comma 11, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, in caso di ritardo ingiustificato rispetto agli adempimenti fissati dalle regioni per la realizzazione delle nuove strutture e la acquisizione delle nuove attrezzature e di quanto necessario al loro funzionamento, la regione vi provvede tramite commissari *ad acta*.

Art. 15-terdecies[108]
Denominazioni

1. I dirigenti del ruolo sanitario assumono, ferme le disposizioni di cui all'articolo 15 e seguenti del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, nonché le disposizioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, le seguenti denominazioni, in relazione alla categoria professionale di appartenenza, all'attività svolta e alla struttura di appartenenza:

a) **responsabile di struttura complessa: direttore;**
b) **dirigente responsabile di struttura semplice: responsabile.**

Art. 15-quattordecies[109]
Osservatorio per l'attività libero-professionale

1. Con decreto del Ministro della sanità, da adottarsi entro il 10 ottobre 2000, d'intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 19-*quater*, è organizzato presso il Ministero della sanità l'Osservatorio per l'attività libero professionale con il compito di acquisire per il tramite delle regioni gli elementi di

108 Articolo aggiunto dall'art. 1 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".
109 Articolo aggiunto dall'art. 1 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

valutazione ed elaborare, in collaborazione con le regioni, proposte per la predisposizione della relazione da trasmettersi con cadenza annuale al Parlamento su:

a) **la riduzione delle liste di attesa in relazione all'attivazione dell'attività libero professionale;**
b) **le disposizioni regionali, contrattuali e aziendali di attuazione degli istituti normativi concernenti l'attività libero professionale intramuraria;**
c) **lo stato di attivazione e realizzazione delle strutture e degli spazi destinati all'attività libero professionale intramuraria;**
d) **il rapporto fra attività istituzionale e attività libero professionale;**
e) **l'ammontare dei proventi per attività libero professionale, della partecipazione regionale, della quota a favore dell'azienda;**
f) **le iniziative ed i correttivi necessari per eliminare le disfunzioni ed assicurare il corretto equilibrio fra attività istituzionale e libero professionale.**

Art. 16
Formazione

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina.

Art. 16-bis [110]
Formazione continua

1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia,

110 Articolo aggiunto dall'art. 14 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter.

Art. 16-ter [111]
Commissione nazionale per la formazione continua

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore **del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229,**[112] è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La commissione è presieduta dal Ministro della **salute** ed è composta da **quattro** vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della **salute, uno dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, uno** rappresentato dal Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da **venticinque** membri, di cui due designati dal Ministro della **salute**, due dal Ministro **dell'istruzione,** dell'università e della ricerca, uno dal Ministro per la Funzione pubblica, uno dal Ministro per le Pari opportunità, **uno dal Ministro per gli affari regionali, sei** dalla Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, **su proposta della Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome,** due dalla Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, **uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici veterinari, uno dalla Federazione nazionale dei collegi infermieri professionali, assistenti sanitari, e vigilatrici d'infanzia, uno dalla Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione di cui all'articolo 2 della legge 10 agosto 2000, n. 251, uno dalle associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria di cui all'articolo 3 della citata legge n. 251 del 2000,**

111 Articolo aggiunto dall'art. 14 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

112 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera r, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".

uno dalle associazioni delle professioni dell'area della prevenzione di cui all'articolo 4 della medesima legge n. 251 del 2000, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei biologi, uno dalla Federazione nazionale degli ordini degli psicologi e uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei chimici. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione. [113]

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua.

Art. 16-quater [114]
Incentivazione della formazione continua

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere, delle Università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

---

113 Comma modificato dall'art. 3, comma 1, del d.l. 7 febbraio 2002 n.8, convertito con modificazioni nella legge 4 aprile 2002, n. 56, recante:"Proroga di disposizioni relative ai medici a tempo definito, farmaci, formazione sanitaria, ordinamenti didattici universitari e organi amministrativi della Croce rossa".
114 Articolo aggiunto dall'art. 14 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale.

Art. 16-quinquies [115]
Formazione manageriale

1. La formazione di cui al presente articolo è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per **la direzione di strutture complesse** per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. Tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la frequenza e il superamento dei corsi di cui al comma 2. [116]

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, organizzano e attivano, a livello regionale o interregionale, avvalendosi anche, ove necessario, di soggetti pubblici e privati accreditati dalla Commissione di cui all'articolo 16-*te*r, i corsi per la formazione di cui al comma 1, tenendo anche conto delle discipline di appartenenza. Lo stesso accordo definisce i criteri in base ai quali l'Istituto superiore di Sanità attiva e organizza i corsi per i direttori sanitari e i dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica che vengono attivati a livello nazionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità, su proposta della commissione di cui all'articolo 16-*ter*, sono definiti i criteri per l'attivazione dei corsi di cui al comma 2, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, alla metodologia delle attività didattiche, alla durata dei corsi stessi, nonché alle modalità con cui valutare i risultati ottenuti dai partecipanti.

4. Gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato.

---

115 Articolo aggiunto dall'art. 14 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

116 Comma modificato dall'art. 8, comma 3, lettera a, del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari" (sostituite le parole "l'esercizio delle funzioni dirigenziali di secondo livello" con le parole "la direzione di strutture complesse" e, nel secondo periodo, le parole" In sede di prima applicazione" sono soppresse).

5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Le disposizioni si applicano, altresì, al personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al presente decreto.

Art. 16-sexies [117]
Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione

1. Il Ministro della sanità, su proposta della regione o provincia autonoma interessata, individua i presidi ospedalieri, le strutture distrettuali e i dipartimenti in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dalla Commissione di cui all'articolo 16-*ter*, ai quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario.

2. La regione assegna, in via prevalente o esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale e attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del Servizio sanitario nazionale che collaborano con l'università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione.

Art. 17 [118]
Collegio di direzione

1. In ogni azienda è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzazione delle risorse umane.

2. La regione disciplina l'attività e la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la partecipazione del direttore sanitario e amministrativo, di direttori di distretto, di dipartimento e di presidio.

---

117 Articolo aggiunto dall'art. 14 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
118 Articolo aggiunto dall'art. 15 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

***2-bis*. Fino all'entrata in vigore della disciplina regionale sull'attività e la composizione del Collegio di direzione e del Comitato di dipartimento, i predetti organi operano nella composizione e secondo le modalità stabilite da ciascuna azienda sanitaria, fermo restando per il Collegio di direzione la presenza dei membri di diritto.** [119]

Art. 17-bis [120]
Dipartimenti

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.

TITOLO VI
NORME FINALI E TRANSITORIE

Art. 18
Norme finali e transitorie

119 Comma aggiunto dall'art. 5 del d.lgs. 28 luglio 2000, n. 254, recante: "Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari".
120 Articolo aggiunto dall'art. 15 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

1. Il Governo, con atto regolamentare, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adegua la vigente disciplina concorsuale del personale del Servizio sanitario nazionale alle norme contenute nel presente decreto ed alle norme del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni e integrazioni, in quanto applicabili, prevedendo:

a) i requisiti specifici, compresi i limiti di età, per l'ammissione;
b) i titoli valutabili ed i criteri di loro valutazione;
c) le prove di esame;
d) la composizione delle commissioni esaminatrici;
e) le procedure concorsuali;
f) le modalità di nomina dei vincitori;
g) le modalità ed i tempi di utilizzazione delle graduatorie degli idonei.

2. Fino alla data di entrata in vigore del decreto di cui al comma 1 e salvo quanto previsto dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, i concorsi continuano ad essere espletati secondo la normativa del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni ed integrazioni ivi compreso l'articolo 9 della legge 20 maggio 1985, n. 207.

2 bis. In sede di prima applicazione del presente decreto il primo livello dirigenziale è articolato in due fasce economiche nelle quali è inquadrato rispettivamente:

a) il personale della posizione funzionale corrispondente al decimo livello del ruolo sanitario;
b) il personale già ricompreso nella posizione funzionale corrispondente al nono livello del ruolo medesimo il quale mantiene il trattamento economico in godimento.

Il personale di cui alla lettera b) in possesso dell'anzianità di cinque anni nella posizione medesima è inquadrato, a domanda, previo giudizio di idoneità, nella fascia economica superiore in relazione alla disponibilità di posti vacanti in tale fascia. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e per la funzione pubblica, sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. Il personale inquadrato nella posizione funzionale corrispondente all'undicesimo livello del ruolo sanitario è collocato nel secondo livello dirigenziale.

3. A decorrere dal 1° gennaio 1994, i concorsi per la posizione funzionale iniziale di ciascun profilo professionale del personale laureato del ruolo sanitario di cui al D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, e successive modificazioni e integrazioni, per i quali non siano iniziate le prove di

esame, sono revocati; a decorrere dalla stessa data non possono essere utilizzate le graduatorie esistenti per la copertura dei posti vacanti, salvo che per il conferimento di incarichi temporanei non rinnovabili della durata di otto mesi per esigenze di carattere straordinario cui non si possa in nessun caso far fronte con il personale esistente all'interno dell'azienda sanitaria. In mancanza di graduatorie valide, si applica l'articolo 9, comma 17 e seguenti della legge 20 maggio 1985, n. 207.

4. *Nelle pubbliche selezioni per titoli, di cui all'articolo 4 della legge 5 giugno 1990, n. 135, fermo restando il punteggio massimo previsto per il curriculum formativo e professionale dalle vigenti disposizioni in materia, é attribuito un punteggio ulteriore, di uguale entità massima, per i titoli riguardanti le attività svolte nel settore delle infezioni da HIV. I vincitori delle pubbliche selezioni sono assegnati obbligatoriamente nelle unità di diagnosi e cura delle infezioni da HIV e sono tenuti a permanere nella stessa sede di assegnazione per un periodo non inferiore a cinque anni, con l'esclusione in tale periodo della possibilità di comando o distacco presso altre sedi. Nell'ambito degli interventi previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera c), della legge 5 giugno 1990, n. 135, le università provvedono all'assunzione del personale medico ed infermieristico ivi contemplato delle corrispondenti qualifiche dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, anche sulla base di convenzioni stipulate con le regioni per l'istituzione dei relativi posti.*

5. *Per quanto non previsto dal presente decreto alle unità sanitarie locali e alle aziende ospedaliere si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.*

6. *Il Ministro della sanità, con proprio decreto, disciplina l'impiego nel Servizio sanitario nazionale di sistemi personalizzati di attestazione del diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, prevedendo a tal fine anche l'adozione di strumenti automatici atti alla individuazione del soggetto ed alla gestione dell'accesso alle prestazioni.*

6 bis. *I concorsi indetti per la copertura di posti nelle posizioni funzionali corrispondenti al decimo livello retributivo ai sensi dell'articolo 18, comma 2, secondo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, abolito dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n, 517, sono revocati di diritto, salvo che non siano iniziate le prove di esame alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.*

7. *Restano salve le norme previste dai decreti del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 616, n. 618, e n. 620, con gli adattamenti derivanti dalle disposizioni del presente decreto da effettuarsi con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro del tesoro, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. I rapporti con il personale sanitario per l'assistenza al personale navigante sono disciplinati con regolamento ministeriale in*

conformità, per la parte compatibile, alle disposizioni di cui all'articolo 8. A decorrere dal 1° gennaio 1995 le entrate e le spese per l'assistenza sanitaria all'estero in base ai Regolamenti della Comunità Europea e alle convenzioni bilaterali di sicurezza sociale sono imputate, tramite le regioni, ai bilanci delle unità sanitarie locali di residenza degli assistiti. I relativi rapporti finanziari sono definiti in sede di ripartizione del Fondo sanitario nazionale.

8. *Con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, vengono estese, nell'ambito della contrattazione, al personale dipendente dal Ministero della sanità attualmente inquadrato nei profili professionali di medico chirurgo, medico veterinario, chimico, farmacista, biologo e psicologo le norme del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in quanto applicabili.*

9. *L'ufficio di cui all'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, come modificato dall'articolo 74 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, è trasferito al Ministero della sanità.*

10. *Il Governo emana, entro centottanta giorni dalla pubblicazione del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, un testo unico delle norme sul Servizio sanitario nazionale, coordinando le disposizioni preesistenti con quelle del presente decreto.*

Art. 19 [121]

Competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome

1. *Le disposizioni del presente decreto costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione.*

2. *Per le regioni a statuto speciale e per le province autonome di Trento e Bolzano le disposizioni di cui all'articolo 1, commi 1 e 4, all'articolo 6, commi 1 e 2, agli articoli 10, 11 e 13, all'articolo 14, comma 1, e agli articoli 15, 16, 17 e 18 sono altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica.* [122]

2-*bis*. Non costituiscono principi fondamentali, ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione, le materie di cui agli articoli 4, comma 1-*bis*, e 9-*bis*. [123]

---

121 Si precisa che i riferimenti contenuti nel comma 2 riguardano le norme del d.lgs. n. 502/92 nel testo precedente l'approvazione del d.lgs. n. 229/99.

122 Comma modificato dall'art. 12, comma 9, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.
Con sentenza n. 354/1994 la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 19, comma 2, nella parte in cui qualifica come norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica le disposizioni ivi indicate, e non solo i principi da esse desumibili.

123 Comma inserito dall'art. 3, comma 2, , del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405 recante: "Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale, serie generale, n. 268 del 17 novembre 2001.

Art. 19-bis [124]
Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari

1. È istituita, presso l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, la Commissione nazionale per l'accreditamento e la qualità dei servizi sanitari. Con regolamento adottato su proposta del Ministro della sanità, ai sensi dell'articolo 17, comma 1, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono disciplinate le modalità di organizzazione e funzionamento della Commissione, composta da dieci esperti di riconosciuta competenza a livello nazionale in materia di organizzazione e programmazione dei servizi, economia, edilizia e sicurezza nel settore della sanità.

2. La Commissione, in coerenza con gli obiettivi indicati dal Piano sanitario nazionale e avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, svolge i seguenti compiti:

   a) definisce i requisiti in base ai quali le regioni individuano i soggetti abilitati alla verifica del possesso dei requisiti per l'accreditamento delle strutture pubbliche e private di cui all'art. 8-*quater*, comma 5;
   b) valuta l'attuazione del modello di accreditamento per le strutture pubbliche e per le strutture private;
   c) esamina i risultati delle attività di monitoraggio di cui al comma 3 e trasmette annualmente al Ministro della sanità e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sull'attività svolta.

3. Le regioni individuano le modalità e gli strumenti per la verifica della attuazione del modello di accreditamento, trasmettendo annualmente alla Commissione nazionale i risultati della attività di monitoraggio condotta sullo stato di attuazione delle procedure di accreditamento.

Art. 19-ter [125]
Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del Servizio sanitario nazionale

1. Anche sulla base degli indicatori e dei dati definiti ai sensi dell'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, determina i valori di riferimento relativi alla utilizzazione dei servizi, ai costi e alla qualità dell'assistenza anche in relazione alle indicazioni della programmazione nazionale e con comparazioni a livello comunitario relativamente ai livelli di assistenza sanitaria, alle articolazioni per aree di offerta e ai parametri

124 Articolo aggiunto dall'art. 16 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
125 Articolo aggiunto dall'art. 16 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

per la valutazione dell'efficienza, dell'economicità e della funzionalità della gestione dei servizi sanitari, segnalando alle regioni gli eventuali scostamenti osservati.

2. Le regioni, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procedono a una ricognizione delle cause di tali scostamenti ed elaborano programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento dei Servizi sanitari regionali, di durata non superiore al triennio.

3. Il Ministro della sanità e la regione interessata stipulano una convenzione redatta sulla base di uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avente a oggetto le misure di sostegno al programma operativo di cui al comma 2, i cui eventuali oneri sono posti a carico della quota parte del Fondo sanitario nazionale destinata al perseguimento degli obiettivi del Piano sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1, comma 34-*bis* della legge 23 dicembre 1996, n. 662. La convenzione:

   a) stabilisce le modalità per l'erogazione dei finanziamenti per l'attuazione dei programmi operativi secondo stati di avanzamento;
   b) definisce adeguate forme di monitoraggio degli obiettivi intermedi per ogni stato di avanzamento e le modalità della loro verifica da parte dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali;
   c) individua forme di penalizzazione e di graduale e progressiva riduzione o dilazione dei finanziamenti per le regioni che non rispettino gli impegni convenzionalmente assunti per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei programmi concordati;
   d) disciplina, nei casi di inerzia regionale nell'adozione nell'attuazione dei programmi concordati, le ipotesi e le forme di intervento del Consiglio dei Ministri secondo le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2 comma 2-*octies*.

Art. 19-quater [126]
Organismi e commissioni

1. Gli organismi e le commissioni previsti nel presente decreto si avvalgono, per il loro funzionamento, delle strutture e del personale delle amministrazioni presso cui operano, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Art. 19-quinquies [127]

126 Articolo aggiunto dall'art. 16 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.
127 Articolo aggiunto dall'art. 16 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229.

Relazione sugli effetti finanziari

1. Il Ministro della sanità riferisce annualmente alle Camere sull'andamento della spesa sanitaria, con particolare riferimento agli effetti finanziari, in termini di maggiori spese e di maggiori economie, delle misure disciplinate dal presente decreto.

Art. 19-sexies [128]
Attuazione di programmi di rilievo e applicazioni nazionale o interregionale

1. Nei casi di accertate e gravi inadempienze nella realizzazione degli obiettivi previsti in atti di programmazione aventi rilievo e applicazione nazionale o interregionale, adottati con le procedure dell'intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il Ministro della sanità ne dà adeguata informativa alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano; indi, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. Quando la realizzazione degli obiettivi comporta l'apprestamento di programmi operativi di riqualificazione e potenziamento del Servizio sanitario regionale, l'eventuale potere sostitutivo può essere esercitato solo dopo che sia stata esperita invano la procedura di cui all'articolo 19-ter, commi 2 e 3.

Art. 17 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 [129]
(Norme transitorie)

1. I collegi sindacali di cui all'articolo 3-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, introdotto dall'articolo 3, comma 3, del presente decreto, sono costituiti entro sessanta giorni dalla data di

128 Articolo aggiunto dall'art. 2 del decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168, recante: "Disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale".
129 Si riporta l'articolo 17 del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, in quanto contenente una norma transitoria, anche se non aggiunto al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Sino alla loro costituzione, le funzioni di cui all'articolo 3-ter sono svolte dai collegi dei revisori in carica alla data di entrata in vigore del presente decreto, che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. ***Le procedure per il conferimento degli incarichi di secondo livello della dirigenza sanitaria con avvisi pubblici già pubblicati nella Gazzetta Ufficiale alla data di entrata in vigore del presente decreto che modifica il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono portate a termine secondo le norme vigenti.***

3. ***Sono fatti salvi i concorsi per l'accesso al primo livello della dirigenza sanitaria già banditi, nonché le graduatorie esistenti e ancora valide.***

Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n. 517

"Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 8 del 12 gennaio 2000 - Supplemento Ordinario n. 10

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87 della Costituzione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni;

Visto l'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 19 novembre 1999;

Visto il parere della Conferenza unificata, reso il 2 dicembre 1999;

Sentite le organizzazioni maggiormente rappresentative;

Visto il parere delle commmissioni permanenti della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 18 dicembre 1999;

Sulla proposta del Ministro della sanita' e del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, di concerto con i Ministri del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e per la funzione pubblica;

Emana
il seguente decreto legislativo:

Art. 1.
Rapporti tra Servizio sanitario nazionale e universita'

1. L'attivita' assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle universita' e' determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale in modo da assicurarne la funzionalita' e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca, secondo specifici protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le universita' ubicate nel proprio territorio.

2. I protocolli d'intesa di cui al comma 1 sono stipulati in conformita' ad apposite linee guida contenute in atti di indirizzo e coordinamento emanati, su proposta dei Ministri della sanita', dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei seguenti criteri e princi'pi direttivi:
a) promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attivita' assistenziale, formativa e di ricerca tra Servizio sanitario nazionale e universita';
b) informare i rapporti tra Servizio sanitario nazionale e universita' al principio della leale cooperazione;
c) definire le linee generali della partecipazione delle universita' alla programmazione sanitaria regionale;
d) indicare i parametri per l'individuazione delle attivita' e delle strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della facolta' di medicina e chirurgia, delle aziende di cui all'articolo 2, nonche' delle Aziende USL per quanto concerne le attivita' di prevenzione, secondo criteri di essenzialita' ed efficacia assistenziale, di economicita' nell'impiego delle risorse professionali e di funzionalita' e coerenza con le esigenze di ricerca e di didattica dei predetti corsi. Le medesime attivita' e strutture tengono anche conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di diploma universitario e di specializzazione, nel rispetto delle attribuzioni del Servizio sanitario e delle universita' di cui agli articoli 6, commi 2 e 3, e 16-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonche' di cui al Titolo VI del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, per quanto concerne la formazione dei medici specialisti e del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione.
e) definire, con riferimento ai parametri di cui al primo ed al secondo periodo della lettera d), il volume ottimale di attivita' ed il numero massimo di posti letto e di strutture assistenziali anche in rapporto al numero degli studenti iscritti ai corsi di laurea della facolta' di medicina e chirurgia ed alle esigenze della ricerca, prevedendo inoltre i criteri e le modalita' per il progressivo adeguamento agli standard fissati e la contestuale riduzione dei posti letto, anche in attuazione del Piano sanitario regionale.

3. I protocolli d'intesa di cui al comma 1 stabiliscono altresi', anche sulla base della disciplina regionale di cui all'articolo 2, comma 2-*sexies*, lettera b), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, criteri generali per l'adozione, da parte del direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, degli atti normativi interni, ivi compreso l'atto aziendale previsto dall'articolo 3.

4. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa entro novanta giorni dalla trasmissione della proposta regionale del protocollo d'intesa di cui al comma 1, si applica la procedura sostitutiva prevista dal comma 4 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. La medesima procedura si applica altresi' ove la proposta regionale non sia trasmessa entro novanta giorni dall'entrata in vigore del Piano sanitario regionale.

5. I commi 1 degli articoli 6 e 6-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni sono abrogati. Il termine previsto dai commi 2 e 3 del predetto articolo 6-*bis* e' differito alla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento previsto dal comma 2.

Art. 2.
Aziende ospedaliero-universitarie

1. La collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e universita', si realizza, salvo quanto previsto ai commi 4, ultimo periodo, e 5, attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalita' giuridica, le quali perseguono le finalita' di cui al presente articolo.

2. Per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del presente decreto, le aziende ospedaliero-universitarie si articolano, in via sperimentale, in due tipologie organizzative:
a) aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale;
b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'universita', denominate aziende ospedaliere integrate con l'universita'.

3. Al termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliero - universitaria. Gli eventuali adattamenti sono definiti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, su proposta dei Ministri della sanita' e dell'universita' della ricerca scientifica e tecnologica e, ove necessario, con apposito provvedimento legislativo.

4. Per le attivita' assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'universita' di cui all'articolo 1, la regione e l'universita' individuano, in conformita' alle scelte definite dal Piano sanitario regionale, l'azienda di riferimento di cui ai commi 1 e 2. Tali aziende sono caratterizzate da unitarieta' strutturale e logistica. Qualora nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attivita' didattica, l'universita' concorda con la regione, nell'ambito dei protocolli di intesa, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche.

5. Le universita' concordano altresi' con la regione, nell'ambito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purche' gia' accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche di cui al comma 4.

6. Le aziende di cui ai commi 1 e 2 operano nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono entrambe sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'universita', in considerazione dell'apporto reciproco tra le funzioni del Servizio sanitario nazionale e quelle svolte dalle facolta' di medicina e chirurgia. Le attivita' assistenziali svolte perseguono l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali dell'universita', sulla base dei princi'pi e delle modalita' proprie dell'attivita' assistenziale del Servizio sanitario nazionale, secondo le specificazioni definite nel presente decreto.

7. Le aziende ospedaliere integrate con l'universita' di cui al comma 2, lettera b), sono costituite secondo il procedimento previsto nell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; la proposta regionale e' formulata d'intesa con l'universita'. Le modalita' organizzative e gestionali di tali aziende sono disciplinate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto.

8. Le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, lettera a) sono costituite, con autonoma personalita' giuridica, dall'universita', d'intesa con la regione, ed operano secondo modalita' organizzative e gestionali determinate dall'azienda in analogia alle disposizioni degli articoli 3, 3-*bis*, 3-*ter* e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto.

9. Alle aziende di cui ai commi 1 e 2 si applicano gli articoli 8-*bis*, 8-*ter* e 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.

10. Sono abrogati i commi 5 e 6 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 3.
Organizzazione interna delle aziende

1. L'organizzazione dipartimentale e' il modello ordinario di gestione operativa delle aziende di cui all'articolo 2, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attivita' assistenziali, didattiche e di ricerca. I dipartimenti sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici. I dipartimenti e le strutture interne, complesse e semplici, sono costituite e organizzate in conformita' al presente decreto e alla normativa regionale di cui all'art. 8-*quater*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8-*quater*, comma 3, del medesimo decreto e' adottato, per la parte relativa ai dipartimenti ad attivita' integrata e alle strutture complesse che li costituiscono, relativi alle aziende di cui all'articolo 2, di concerto con il Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica. Le relazioni organizzative e funzionali tra i dipartimenti ed attivita' integrata ed i dipartimenti universitari sono stabilite nei protocolli d'intesa tra regione e universita' interessate.

2. Nell'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono altresi' disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra regione e universita', la costituzione,

l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attivita' integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria.

3. L'atto aziendale e' adottato dal direttore generale, d'intesa con il rettore dell'universita' limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al comma 2.

4. Il direttore del dipartimento ad attivita' integrata e' nominato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'universita'. Il direttore del dipartimento e' scelto fra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento sulla base di requisiti di capacita' gestionale e organizzativa, esperienza professionale e *curriculum* scientifico. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui e' preposto.

5. Il dipartimento ad attivita' integrata e' organizzato come centro di responsabilita' e di costo unitario in modo da garantire unitarieta' della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la necessaria flessibilita' operativa e individua i servizi che, per motivi di economicita' ed efficienza, sono comuni al dipartimento, per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza e ambulatoriali. Il direttore del dipartimento ad attivita' integrata assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attivita' da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca; assume responsabilita' di tipo gestionale nei confronti del direttore generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessita' di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attivita' didattiche e scientifiche.

6. Le strutture complesse che compongono i singoli dipartimenti ad attivita' integrata sono istituite, modificate o soppresse dal direttore generale, con l'atto aziendale di cui al comma 2, in attuazione delle previsioni del Piano sanitario regionale e dei piani attuativi locali, nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonche' delle disponibilita' di bilancio, ferma restando la necessaria intesa con il rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini dell'attivita' di didattica e di ricerca ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d).

7. L'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, puo' prevedere, oltre ai dipartimenti ad attivita' integrata di cui al presente articolo, la costituzione di dipartimenti assistenziali, ai sensi dell'articolo 17-*bis* del medesimo decreto, anche nelle aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a).

Art. 4.
Organi delle aziende

1. Sono organi delle aziende di cui all'articolo 2:
a) il direttore generale;
b) il collegio sindacale;
c) l'organo di indirizzo.

2. Il direttore generale e' nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'universita'. Limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione nelle aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, il direttore generale e' nominato dal rettore dell'universita', acquisita l'intesa con la regione. I requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, sono quelli stabiliti nell'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; ai direttori generali si applicano gli articoli, 3 e seguenti del medesimo decreto legislativo, ove non derogati dal presente decreto. I protocolli d'intesa tra regioni e universita' disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attivita' dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Al Collegio sindacale si applicano le disposizioni dell'articolo 3-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Il Collegio e' composto da cinque membri designati uno dalla regione, uno dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanita', uno dal Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica e uno dall'universita' interessata.

4. L'organo di indirizzo, con riferimento ai dipartimenti ad attivita' integrata di cui all'articolo 3, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attivita' assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle universita' e di verificare la corretta attuazione della programmazione. La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, e' stabilita nei protocolli d'intesa tra regione e universita'. L'organo di indirizzo e' presieduto da un presidente scelto all'interno del medesimo, nominato dalla regione d'intesa con il rettore. Durante il periodo transitorio, nelle aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, il presidente e' nominato dal rettore d'intesa con la regione. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica 4 anni e possono essere confermati. E' membro di diritto dell'organo di indirizzo il preside della facolta' di medicina e chirurgia. Non possono far parte dell'organo di indirizzo ne' i dipendenti dell'Azienda, ne' altri componenti della facolta' di medicina e chirurgia. Il presidente dell'organo di indirizzo lo convoca, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno. Il direttore generale partecipa ai lavori dell'organo di indirizzo, senza diritto di voto.

5. Il collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e' composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dai direttori dei dipartimenti ad attivita' integrata e dai direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 3, comma 7.

6. Agli organi di cui al presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 19-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 5.
Norme in materia di personale

1. I professori e i ricercatori universitari, che svolgono attivita' assistenziale presso le aziende e le strutture di cui all'articolo 2 sono individuate con apposito atto del direttore generale dell'azienda di riferimento d'intesa con il rettore, in conformita' ai criteri stabiliti nel protocollo d'intesa tra la regione e l'universita' relativi anche al collegamento della programmazione della facolta' di medicina e chirurgia con la programmazione aziendale. Con lo stesso atto, e' stabilita l'afferenza dei singoli professori e ricercatori universitari ai dipartimenti di cui all'articolo 3, assicurando la coerenza fra il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta e l'attivita' del dipartimento. I protocolli d'intesa tra universita' e regione determinano, in caso di conferimento di compiti didattici, l'attribuzione di funzioni assistenziali alle figure equiparate di cui all'articolo 16 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con l'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo e all'articolo 6.

2. Ai professori e ricercatori universitari di cui al comma 1, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attivita' assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il direttore generale, le norme stabilite per il personale del Servizio sanitario nazionale. Fermo restando l'applicazione del presente decreto, apposite linee guida emanate con decreti dei Ministri della sanita' e dell'universita', d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, possono stabilire specifiche modalita' attuative in relazione alle esigenze di didattica e di ricerca. Dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario risponde al direttore generale. Le attivita' assistenziali svolte dai professori e dai ricercatori universitari si integrano con quelle di didattica e ricerca. L'obbligo dell'esercizio dell'attivita' assistenziale per i professori e per i ricercatori e' sospeso nei casi di aspettativa o congedo ai sensi degli articoli 12, 13 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Le autorizzazioni di cui al predetto articolo 17 sono concesse dal rettore, previa intesa con il direttore generale, per assicurare la compatibilita' con l'ordinario esercizio dell'attivita' assistenziale. Non e' altrimenti consentito al predetto personale recedere dall'attivita' assistenziale.

3. Salvo quanto diversamente disposto dal presente decreto, nei confronti del personale di cui al comma 1, si applicano le disposizioni degli articoli 15, 15-*bis*, 15-*ter*, 15-*quater*, 15-*quinques*, 15-*sexies* e 1-*nonies*, comma 2. del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilita' e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attivita' assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonche' al coordinamento delle attivita' sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilita' e la gestione di analoghi programmi puo' essere affidata, in relazione alla minore complessita' e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilita' rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilita' e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione.

5. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari dell'incarico di direzione di una struttura, individuata come complessa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, e' effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il direttore di dipartimento. L'attribuzione e' effettuata senza esperimento delle procedure di cui all'articolo 15-*ter*, comma 2, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 fermo restando l'obbligo del possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 15, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni puo' essere sostituito da altro titolo dichiarato equipollente, con decreto dei Ministri della sanita' e dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica. Fino alla costituzione dei dipartimenti, si prescinde dal parere del direttore di dipartimento.

6. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari degli incarichi di struttura semplice e degli incarichi di natura professionale e' effettuata dal direttore generale su proposta del responsabile della struttura complessa di appartenenza, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli articoli 15, 15-*bis* e 15-*ter* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

7. I professori e i ricercatori universitari afferenti alla facolta' di medicina e chirurgia optano rispettivamente per l'esercizio di attivita' assistenziale intramuraria i sensi dell'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e secondo le tipologie di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 2 dello stesso articolo, di seguito definita come attivita' assistenziale esclusiva, ovvero per l'esercizio di attivita' libero professionale extramuraria. L'opzione per l'attivita' assistenziale esclusiva e' requisito necessario per l'attribuzione ai professori e ai ricercatori universitari di incarichi di direzione di struttura nonche' dei programmi di cui al comma 4.

8. Entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto i professori e i ricercatori universitari, in servizio alla predetta data ovvero che saranno nominati in ruolo a seguito di procedure di reclutamento indette prima della predetta data, esercitano o rinnovano l'opzione ai sensi e per gli effetti di cui al comma 7. In assenza di comunicazione entro il termine, si intende che abbia optato per l'attivita' assistenziale esclusiva.

9. I professori e i ricercatori universitari che hanno optato per l'attivita' libero professionale extramuraria possono modificare l'opzione al 31 dicembre di ogni anno.

10. I professori e i ricercatori universitari di cui al comma 8 che ha optato per l'attivita' assistenziale esclusiva possono modificare l'opzione solamente nei seguenti casi:
a) mutamento di stato giuridico per effetto della nomina in ruolo nelle fasce di professore associato e ordinario a seguito di procedure di valutazione comparativa ai sensi della legge n. 210 del 1998;
b) mutamento del settore scientifico-disciplinare di inquadramento che comporti l'esercizio di una diversa attivita' assistenziale;

c) trasferimento da diverso ateneo di altra regione;
d) cessazione dai periodi di congedo e aspettativa di cui agli articoli 12 e 13 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980, nonche' di cui all'articolo 17 del predetto decreto del Presidente della Repubblica, se di durata pari o superiore all'anno ed al comma 17 del presente articolo.

11. I professori e i ricercatori universitari che hanno modificato l'opzione ai sensi del comma 10 cessa dall'attivita' assistenziale ordinaria, salvo la facolta' di optare nuovamente per l'attivita' assistenziale esclusiva. L'eventuale attivita' libero professionale non puo' comunque essere svolta nelle strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale. Ad essi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 15-*nonies*, comma 2, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora i protocolli d'intesa di cui al predetto articolo 15-*nonies*, comma 2, non siano stipulati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto si provvede in via sostitutiva, previa diffida ad adempiere entro i successivi trenta giorni, con decreti interministeriali dei Ministri della sanita' e dell'universita', sentita la Conferenza Stato regioni.

12. I professori e i ricercatori universitari nominati in ruolo successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto possono svolgere unicamente l'attivita' assistenziale esclusiva; gli interessati possono optare per l'attivita' libero professionale extramuraria nei casi ed alle condizioni di cui ai commi 10 e 11. Fino alla data di entrata in vigore della legge di riordino dello stato giuridico universitario lo svolgimento di attivita' libero professionale intramuraria comporta l'opzione per il tempo pieno e lo svolgimento dell'attivita' extramuraria comporta l'opzione per il tempo definito ai sensi dell'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

13. Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonche' quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalita' indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale di cui all'articolo 3. Sono, altresi', soggetti a valutazione i professori di prima fascia di cui all'ultimo periodo del comma 4. Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne da comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti.

14. Ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il direttore generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta, di un apposito comitato costituito da tre garanti, nominati di intesa tra rettore e direttore generale per un triennio, puo' sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attivita' assistenziale e disporne l'allontanamento dall'azienda, dandone immediata comunicazione al rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza. Qualora il comitato non si esprime nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

15. Le aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale di cui al comma 1, possono stipulare, nel limite del 2 per cento dell'organico, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalita' previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale. Detto personale e' assoggettato alla disciplina sul rapporto esclusivo di cui all'articolo 15-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. E' fatto divieto all'universita' di assumere personale medico o sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali.

16. I professori e i ricercatori universitari, ai quali e' attribuito dalle aziende di cui agli articoli 3 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, un incarico di struttura complessa ai sensi degli articoli 15, comma 7, e 15-*ter*, comma 2, dello stesso decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cessano dal servizio salvo che, compatibilmente con le esigenze didattiche e di ricerca siano collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianita' di servizio per tutta la durata dell'incarico. Si applica il comma 11, terzo e quarto periodo, dell'articolo 3-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Art. 6.
Trattamento economico del personale universitario

1. Fermo restando l'obbligo di soddisfare l'impegno orario minimo di presenza nelle strutture aziendali per le relative attivita' istituzionali, al personale di cui al comma 1 dell'articolo 5 si riconosce, oltre ai compensi legati alle particolari condizioni di lavoro, ove spettanti, oltre al trattamento economico erogato dall'universita':
a) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione alle responsabilita' connesse ai diversi tipi di incarico;
b) un trattamento aggiuntivo graduato in relazione ai risultati ottenuti nell'attivita' assistenziale e gestionale, valutati secondo parametri di efficacia, appropriatezza ed efficienza, nonche' all'efficacia nella realizzazione della integrazione tra attivita' assistenziale, didattica e di ricerca.

2. I trattamenti di cui al comma 1 sono erogati nei limiti delle risorse da attribuire ai sensi dell'articolo 102, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 382 del 1980, globalmente considerate e sono definiti secondo criteri di congruita' e proporzione rispetto a quelle previste al medesimo scopo dai contratti collettivi nazionali di lavoro di cui all'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni. Tali trattamenti sono adeguati in base agli incrementi previsti dai contratti collettivi nazionali per il personale sanitario del servizio sanitario nazionale. Il trattamento economico di equiparazione in godimento all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto e' conservato fino all'applicazione delle disposizioni di cui al comma 1.

3. I protocolli d'intesa prevedono le forme e le modalita' di accesso dei dirigenti sanitari del S.S.N., che operano nei dipartimenti ad attivita' integrata, impegnati in attivita' didattica, ai fondi di ateneo di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 19 ottobre 1999, n. 370.

4. Ferma restando l'abrogazione delle norme incompatibili con il presente decreto sono comunque abrogate le parti dell'articolo 102 del decreto del Presidente della Repubblica n. 382/1980 che disciplinano l'attribuzione del trattamento economico integrativo.

Art. 7.
Finanziamento, patrimonio e contabilita'

1. Al sostegno economico-finanziario delle attivita' svolte dalle Aziende concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Universita' sia dal Fondo sanitario regionale ai sensi del presente comma. Alle attivita' correnti concorrono le Universita' con l'apporto di personale docente e non docente e di beni mobili ed immobili ai sensi dell'articolo 8 sia le regioni mediante il corrispettivo dell'attivita' svolta secondo l'ammontare globale predefinito di cui all'articolo 8-*sexies* del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni, previa definizione degli accordi di cui all'articolo 8-*quinquies* del medesimo decreto legislativo. Regioni ed universita' concorrono con propri finanziamenti all'attuazione di programmi di rilevante interesse per la regione e per l'universita', definiti d'intesa.

2. Le aziende ospedaliere di riferimento di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, del presente decreto, limitatamente all'attivita' direttamente svolta, sono classificate, previa verifica dell'adeguamento ai requisiti, nella fascia di presidi a piu' elevata complessita' assistenziale; la regione riconosce i maggiori costi indotti sulle attivita' assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, detratta una quota correlata ai minori costi derivanti dall'apporto di personale universitario. In attesa di procedere alla verifica da parte dei Ministeri interessati e delle regioni, dei maggiori costi sostenuti per l'attivita' assistenziale dalle Aziende di cui all'articolo 2, la Regione riconosce alle aziende una remunerazione determinata sulla base di apposito accordo definito in sede di Conferenza Stato-Regioni, su proposta dei Ministri della sanita' e dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281. Fino al predetto accordo si applicano i criteri in materia, stabiliti con il decreto interministeriale 31 luglio 1997, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.181 del 5 agosto 1997.

3. Alle aziende di cui all'articolo 2, commi 1 e 2 del presente decreto si applica l'articolo 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ove non derogato dal presente decreto.

Art. 8.
Norme transitorie e finali

1. Alle universita' non statali che gestiscono direttamente policlinici universitari si applica per analogia, la disciplina del presente decreto, fatte salve le particolari forme di autonomia statutaria ad esse spettanti. l protocolli d'intesa disciplinano gli ambiti operativi-organizzativi. Non possono in ogni caso essere derogate le disposizioni di cui all'articolo 5.

2. La realizzazione di nuove aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale oltre quelle di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) nonche' di nuovi policlinici gestiti da universita' non statali, anche attraverso l'utilizzazione di strutture pubbliche o private gia' accreditate, deve essere preventivamente autorizzata con decreto del Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica di concerto con il Ministro della sanita', sentita la Conferenza Stato - regioni, tenendo conto del fabbisogno formativo complessivo del Paese e della localizzazione delle strutture formative gia' esistenti. Alla costituzione delle aziende di cui al presente comma nonche' delle aziende di cui all'articolo 2, comma 1, si provvede con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanita' di concerto con il Ministro dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica. Per quanto concerne le aziende di cui all'articolo 2, comma 1, al termine del quadriennio di cui all'articolo 2 comma 2, il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri determina, altresi', le modalita' di nomina del direttore generale e del Presidente dell'organo di indirizzo.

3. Il comma 2 dell'articolo 46 del decreto legislativo n. 368 del 17 agosto 1999, e' sostituito dal seguente: "2. Le disposizioni di cui agli articoli dal 37 al 42 si applicano dall'entrata in vigore del provvedimento di cui al comma 1; fino alla data di entrata in vigore del predetto provvedimento si applicano le disposizioni di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257".

4. I protocolli di intesa regolamentano il trasferimento, l'uso e l'assegnazione dei beni attualmente utilizzati dai policlinici universitari, secondo i seguenti criteri:
a) concessione a titolo gratuito alle nuove aziende di cui all'articolo 2, comma 2, dei beni demaniali o comunque in uso gratuito e perpetuo alle universita', nonche' dei beni immobili e mobili di proprieta' dell'universita', gia' destinati in modo prevalente all'attivita' assistenziale, con oneri di manutenzione a carico delle aziende citate e con vincolo di destinazione ad attivita' assistenziale, previa individuazione dei singoli beni con un apposito protocollo di intesa o atto aggiuntivo al medesimo. Alla cessazione della destinazione ad attivita' assistenziale il bene rientra nella piena disponibilita' dell'universita'. Il bene e' valutato come apporto patrimoniale ai sensi dell'articolo 7, comma 1;
b) successione delle nuove aziende di cui all'articolo 2, comma 2, alle universita' nei rapporti di locazione per gli immobili locati.

5. Alle procedure concernenti il trasferimento o l'utilizzazione del personale non docente alle aziende di cui all'art. 2, comma 2, si provvede con uno o piu' decreti interministeriali dei Ministri della sanita', dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica, della funzione pubblica e del tesoro, sentite le organizzazioni sindacali, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni.

6. Le aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a) succedono ai rapporti di lavoro a tempo determinato in essere con le universita' per le esigenze dei policlinici a gestione diretta fino alla loro scadenza.

7. Con atto di indirizzo e coordinamento adottato su proposta dei Ministri della sanita', dell'universita' e della ricerca scientifica e tecnologica e del tesoro, sono previste le modalita' per la compartecipazione delle regioni e delle universita', per quanto di rispettiva competenza e nell'ambito di piani pluriennali di rientro, ai risultati di gestione delle aziende.

8. Le disposizioni del presente decreto concernenti il personale universitario si applicano a tutto il personale universitario in servizio presso le aziende ed i presidi di cui all'articolo 2 ivi compresi gli attuali policlinici a gestione diretta, le aziende ospedaliere in cui insiste la prevalenza del biennio clinico della facolta' di medicina, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonche' al personale universitario comunque in servizio presso altri istituti e strutture pubbliche o private che erogano assistenza sanitaria.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

(G.U. 4 giugno 2015, n. 127)

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano", anziché "previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano";

Visto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed in particolare l'articolo 15, comma 13, lettera c), il quale dispone che, sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, secondo i parametri indicati dal medesimo articolo 15, comma 13, lettera c);

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (3), e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni, che definisce i Livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera;

Dato atto che il Ministero della salute si è avvalso, ai fini della redazione del documento tecnico, di cui all'allegato 1 al presente regolamento, della collaborazione della Commissione di cui all'articolo 4-bis, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, istituita con decreto del Ministro della salute 12 settembre 2012, e che la Commissione medesima ha discusso la tematica in questione nelle sedute del 2 e del 9 ottobre 2012;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 5 agosto 2014;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 15 gennaio 2015 che fa seguito al parere interlocutorio del 23 ottobre 2014;

Vista la nota prot. n. 919 del 9 febbraio 2015, con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

ADOTTA

il seguente regolamento:

(3) NDR: In G.U. è riportato il seguente riferimento normativo non corretto: «legge 23 agosto 1998, n. 400».

Art. 1. Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

1. Gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza ospedaliera sono individuati nell'Allegato 1 che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni.

3. Ai fini del calcolo della dotazione dei posti letti di cui al comma 2, in ciascuna regione:

a) si fa riferimento alla popolazione residente in base ai criteri utilizzati per il computo del costo standard per il macro-livello di assistenza ospedaliera ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario standard regionale di cui all'articolo 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;
b) il numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alla lettera a), è incrementato o decrementato nel modo che segue per tenere conto della mobilità tra regioni:
1. si calcola il costo medio per posto letto a livello nazionale, dividendo il costo complessivo nazionale dell'assistenza ospedaliera, contabilizzato nel modello economico LA consolidato regionale relativo all'anno 2012, per il numero dei posti letto effettivi che risultino attivi nei reparti ospedalieri al 1° gennaio 2013 e rilevati nei modelli utilizzati per la verifica annuale dal Comitato di cui all'articolo 9 dell'Intesa sancita il 23 marzo 2005 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
2. si divide il costo medio del posto letto a livello nazionale per il valore finanziario del saldo di mobilità attiva e passiva riferito al flusso dei ricoveri di ciascuna regione, come riportato nella matrice della mobilità utilizzata per la determinazione del fabbisogno sanitario regionale per l'ultimo anno disponibile al fine di individuare il numero dei posti letto equivalenti utilizzati per la mobilità dei pazienti tra le regioni;
3. il numero di posti letto equivalenti viene moltiplicato per un coefficiente di 0,80, ridotto a 0,65 a decorrere dall'anno 2016;
4. l'allineamento alla dotazione attesa, nelle regioni in piano di rientro, avverrà progressivamente entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, nei tempi e con le modalità definite nei vigenti programmi operativi 2013-2015 ovvero nei piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale, così come ridefiniti ai sensi dell'articolo 12 del nuovo patto per la salute 2014-2016;

c) sono considerati equivalenti ai posti letto ospedalieri e, conseguentemente, rientranti nelle relativa dotazione, per mille abitanti, i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, comunque classificate e denominate, per i quali le regioni coprono un costo giornaliero a carico del Servizio sanitario regionale pari o superiore ad un valore soglia pari alla tariffa regionale giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera, ad eccezione dei posti presso: le strutture sanitarie con specifica finalità assistenziale di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 per le cure palliative e la terapia del dolore, le strutture sanitarie territoriali per la salute mentale, le strutture extra-ospedaliere di cui al capitolo 4, lettera c), paragrafo Riabilitazione intensiva del documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (repertorio 30/CSR-2011), nonché le strutture sanitarie residenziali territoriali per i pazienti in stato vegetativo e di minima coscienza di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 5 maggio 2011 (repertorio n. 44/CU-2011). A tal fine le regioni certificano, con riferimento ai posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, il numero dei posti con costo giornaliero inferiore al valore soglia, il numero di quelli con costo giornaliero superiore al valore soglia, il numero di quelli con specifica finalità assistenziale come definita dalla presente lettera;
d) con successivo provvedimento programmatico regionale saranno adottate disposizioni dirette ad assicurare, nell'ulteriore processo di riassetto delle reti ospedaliere, il raggiungimento di 3,7 posti letto per mille abitanti in ciascuna regione, fermo restando il rispetto di tale parametro a livello nazionale.

4. In relazione al numero dei posti letto per mille abitanti, calcolato in base alle previsioni del comma 3, l'allineamento è realizzato e diventa vincolante in incremento, solo se necessario al fine di realizzare l'obiettivo di rispettare il tasso di ospedalizzazione del 160/1000 abitanti.

5. Il provvedimento regionale generale di cui al comma 2 è adottato in modo da:

a) procedere alla classificazione delle strutture ospedaliere in base a quanto previsto dal paragrafo 2 dell'Allegato 1, prevedendo, per le strutture ospedaliere private, la soglia indicata nel punto 2.5 del medesimo paragrafo, ai fini dell'accreditabilità e della sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali;
b) adottare, nell'ambito delle procedure di accreditamento, le opportune iniziative affinché gli erogatori privati accreditati, ivi compresi gli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 e della legge 26 novembre 1973, n. 817, trasmettano alla regione stessa, annualmente, il proprio bilancio, redatto secondo uno schema tipo conforme ai principi civilistici. Tale adempimento è previsto negli accordi contrattuali e nei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni il quale dispone che, tra i requisiti di accreditamento sia ricompresa, altresì, l'applicazione delle norme di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;
c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline e fatto salvo quanto previsto dai protocolli d'intesa università-regione limitatamente alle regioni che, avendo una popolazione inferiore ai due milioni di abitanti, ospitano una sola azienda ospedaliero-universitaria, alla data di emanazione del presente decreto, fermo restando il rispetto dello standard di dotazione dei posti letto di cui ai commi 2 e 3;
d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza;
e) applicare gli standard generali di qualità di cui al paragrafo 5 dell'Allegato 1;
f) applicare gli standard di cui al paragrafo 6.3 dell'Allegato 1, tenendo presenti le indicazioni contenute nel decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189;
g) tener conto degli ulteriori standard indicati nei paragrafi 6 e 7 dell'Allegato 1 in materia di standard organizzativi, strutturali e tecnologici e di standard per le alte specialità;
h) assicurare forme di centralizzazione di livello sovra-aziendale per alcune attività caratterizzate da economia di scala e da diretto rapporto volumi/qualità dei servizi, tra le quali alcune specifiche linee di attività del sistema trasfusionale, come previsto dall'Accordo Stato-regioni del 25 luglio 2012;

i) articolare la rete ospedaliera prevedendo reti per patologia in base a quanto indicato nel paragrafo 8 dell'Allegato 1; adottare il modello denominato hub and spoke, previsto espressamente per le reti per le quali risulta più appropriato, ovvero altre forme di coordinamento e di integrazione professionale su base non gerarchica;
l) adeguare la rete dell'emergenza urgenza alle indicazioni contenute nel paragrafo 9 dell'Allegato 1, anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso, comunque nel rispetto degli standard di cui al comma 2;
m) definire un documento che, tenendo conto di quanto riportato nel paragrafo 10 dell'Allegato 1, individua le regole di integrazione dell'ospedale con la rete territoriale di riferimento, in relazione a: ammissione appropriata, dimissione pianificata e protetta e partecipazione ai percorsi assistenziali integrati;
n) assumere come riferimento, nelle more dell'adozione di uno specifico accordo da sancire in sede di Conferenza tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, quanto indicato in materia di strutture per la chirurgia ambulatoriale nell'Appendice 2 dell'Allegato 1.

Art. 2. Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale.

Art. 3. Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni e le province autonome, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

Il presente decreto munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare.

Allegato 1

1. Premessa, obiettivi ed ambiti di applicazione

1.1. I significativi cambiamenti registrati in questi anni in tema di assistenza sanitaria ed in particolare in quella ospedaliera richiedono un sostanziale ammodernamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), partendo da alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, nonché gli impegni che discendono dall'appartenenza alla comunità europea, anche a seguito dell'adozione della Direttiva EU/24/2011 sulla mobilità transfrontaliera e la necessaria riorganizzazione della rete ospedaliera in base a standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.

Tutte le strutture sanitarie che concorrono a garantire gli obiettivi assistenziali debbono operare secondo il principio della efficacia, qualità e sicurezza delle cure, dell'efficienza, della centralità del paziente e dell'umanizzazione delle cure, nel rispetto della dignità della persona. Il riequilibrio dei ruoli tra ospedale e territorio e una più adeguata attenzione alle cure graduate costituiscono oggi gli obiettivi di politica sanitaria verso cui i sistemi sanitari più avanzati si sono indirizzati per dare risposte concrete a nuovi bisogni di salute determinati dagli effetti delle tre transizioni - epidemiologica, demografica e sociale - che hanno modificato il quadro di riferimento negli ultimi decenni. Un tale cambiamento strutturale e organizzativo determina una

inevitabile ridistribuzione delle risorse che può essere oggettivamente ed equamente effettuata attraverso la valutazione dei volumi e della strategicità delle prestazioni, delle performance e degli esiti clinici.

1.2. In tal senso l'art. 15, comma 13, lettera c) del d.l. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla legge 135/2012 ha previsto la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, al fine di rendere la rete ospedaliera in grado di rispondere in maniera adeguata ai nuovi bisogni e alle nuove modalità del loro estrinsecarsi.

In questa logica, per promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione anziana e/o non autosufficiente, gli obiettivi di razionalizzazione devono riguardare prioritariamente quei servizi e quelle prestazioni che maggiormente incidono sulla qualità dell'assistenza sia in termini di efficacia che di efficienza. La conseguente riduzione del tasso di occupazione dei posti letto, della durata della degenza media ed del tasso di ospedalizzazione, consentirà che gli attesi incrementi di produttività si possano tradurre in un netto miglioramento del S.S.N. nel suo complesso, nel rispetto delle risorse programmate.

Il raggiungimento di tali obiettivi richiede di costruire un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali; l'obiettivo è quello di rendere più specifica la missione assistenziale affidata agli ospedali in modo da consentire a tutte le componenti di svolgere il proprio specifico e definito ruolo di "presa in carico", garantendo i richiesti livelli di qualità degli interventi e rapportandosi con maggiore specificità ai contesti sociali in cui la rete dell'offerta è inserita.

In una visione integrata dell'assistenza sanitaria, l'ospedale deve assolvere ad una funzione specifica di gestione delle problematiche assistenziali dei soggetti affetti da una patologia (medica o chirurgica) ad insorgenza acuta e con rilevante compromissione funzionale, ovvero di gestione di attività programmabili che richiedono un contesto tecnologicamente ed organizzativamente articolato e complesso, capace di affrontare, in maniera adeguata, peculiari esigenze sanitarie sia acute che post- acute e riabilitative. In ogni caso, l'ospedale assicura la gestione del percorso diagnostico terapeutico (PDT) del problema clinico di cui si fa carico, sia all'interno del presidio che all'interno della rete ospedaliera, affinché possa essere assicurata, anche in fase successiva alla prima accettazione, l'allocazione dei pazienti presso i presidi che dispongano di un livello organizzativo coerente con la complessità assistenziale del caso da trattare. Tale logica di rete deve includere l'individuazione di poli d'eccellenza a livello nazionale e deve essere considerata in una visione solidaristica tra regioni per la soddisfazione dei casi di particolare complessità (come già avviene in campo trapiantologico). La rete assistenziale ospedaliera deve essere formalmente definita e resa nota ai cittadini.

La gestione dei posti letto deve avvenire pertanto con la massima flessibilità, al fine di assicurare la maggior dinamicità organizzativa rispetto alla domanda appropriata di ricovero, con specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza. E' raccomandata anche l'informatizzazione delle disponibilità dei posti letto per aree geografiche.

L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine(in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

Le regioni avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.

1.3 Il presente documento, fermi restando i criteri di accreditamento già fissati dalle singole regioni in riferimento alle singole strutture pubbliche e private, nonché quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, definisce le condizioni necessarie per garantire livelli di assistenza ospedaliera omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico - assistenziale della struttura ed alla sua

interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure.

In materia di qualità e sicurezza strutturale si applicano i contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture.

Per quanto attiene alle strutture sanitarie pubbliche si richiamano gli standard sulle unità operative semplici e complesse, approvati nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato ex art. 9 dell'Intesa Stato regioni del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera b) del patto per la salute 2010-2012.

1.4 Per promuovere un uso appropriato dell'ospedale, ai fini di migliorare la qualità dell'assistenza offrendo al paziente la giusta intensità di cura per le sue condizioni cliniche, nel contesto assistenziale più rispondente ai suoi bisogni, è indispensabile che le regioni, nel recepire i contenuti del presente provvedimento, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale nonché per le strutture privare accreditate, relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

I criteri dovranno essere definiti con Intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, tenuto conto di linee guida elaborate da un tavolo tecnico che verrà istituito entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto presso il Ministero della salute, composto da rappresentanti del Ministero stesso, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), regioni e province autonome.

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri siano:

a) finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di:

-severità della condizione clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale

-intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

b) specificamente definiti per l'ammissione in:

-ricovero ordinario in strutture/UO ospedaliere per acuti

-ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per acuti

-ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per lungodegenza

-ricoveri ordinari in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione

-ricoveri diurni in strutture/UO ospedaliere per riabilitazione

-osservazione breve

1.5 Le regioni nell'adottare la riorganizzazione della rete ospedaliera nel rispetto della dotazione di posti letto (p.l.) previsti dalla citata legge 135/2012, assumono come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. In tal senso, ai fini del corretto calcolo del tasso di ospedalizzazione, per ogni trasferimento del paziente ad altro tipo di attività o regime di ricovero, si richiamano le indicazioni già operanti a livello nazionale in materia di compilazione di distinte schede di dimissione ospedaliera nel passaggio da un'attività/ regime di ricovero ad altro, ad es. da ricovero ordinario a ricovero diurno o da ricovero per acuti a ricovero in recupero e riabilitazione funzionale o lungodegenza.

2. Classificazione delle strutture ospedaliere

2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliero universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiochirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

2.5 Il provvedimento regionale generale di cui all'articolo 1, comma 2, del presente decreto, stabilisce che, fermo restando che l'attività assistenziale esercitata per conto del Servizio sanitario nazionale viene annualmente programmata dalla regione con la fissazione dei volumi di attività ed i tetti di remunerazione per prestazioni e funzioni da indicarsi negli appositi accordi contrattuali annuali, le strutture ospedaliere private sono accreditate, in base alla programmazione regionale, considerando la presenza delle specialità previste per i tre livelli a complessità crescente di cui ai punti 2.2, 2.3 e 2.4, e può prevedere, altresì, strutture con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera, stabilendo altresì che, a partire dal 1° gennaio 2015, entri in vigore e sia operativa una soglia di accreditabilità e di sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali, non inferiore a 60 p.l. per acuti, ad esclusione delle

strutture monospecialistiche per le quali è fatta salva la valutazione regionale dei singoli contesti secondo le modalità di cui all'ultimo periodo del presente punto. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera, per le strutture accreditate già esistenti alla data del 1° gennaio 2014, che non raggiungono la soglia dei 60 posti accreditati per acuti, anche se dislocate in siti diversi all'interno della stessa regione, sono favoriti i processi di riconversione e/o di fusione attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento da realizzarsi entro il 30 settembre 2016 in modo da consentirne la piena operatività dal 1° gennaio 2017. In questi casi, con riferimento al nuovo soggetto giuridico ai fini dell'accreditamento, la soglia dei p.l. complessivi non può essere inferiore a 80 p.l. per acuti e le preesistenti strutture sanitarie che lo compongono devono assicurare attività affini e complementari. Di norma, il processo di fusione delle suddette strutture deve privilegiare l'aggregazione delle stesse in unica sede e, preliminarmente, ciascuna struttura oggetto di aggregazione finalizzata alla costituzione del nuovo soggetto accreditato deve possedere una dotazione di p.l. autorizzati e accreditati non inferiore a 40 posti letto per acuti. Gli eventuali processi di rimodulazione delle specialità delle strutture accreditate verranno effettuati in base alle esigenze di programmazione regionale. Conseguentemente, dal 1° luglio 2015 non possono essere sottoscritti contratti con strutture accreditate con meno di 40 posti letto per acuti. Dal 1° gennaio 2017 non possono essere sottoscritti contratti con le strutture accreditate con posti letto ricompresi tra 40 e 60 posti letto per acuti che non sono state interessate dalle aggregazioni di cui al precedente periodo. Con specifica Intesa in Conferenza Stato-regioni, da sottoscriversi entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, sono individuati gli elenchi relativi alle strutture monospecialistiche e alle strutture dotate di discipline complementari, ivi ricomprendendo le relative soglie di accreditabilità e di sottoscrivibilità dei contratti, nonché sono definite le attività affini e complementari relative all'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti.

2.6 La programmazione regionale provvede ad attribuire ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, anche monospecialistici, funzioni di lungodegenza e riabilitazione, entro il limite di 0,7 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto, di cui almeno 0,2 per la lungodegenza. Le funzioni della riabilitazione ospedaliera sono quelle indicate dal documento recante Piano di indirizzo per la Riabilitazione, allegato all'Accordo sancito il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprensivi dei posti letto di neuro riabilitazione entro un limite di 0,02 p.l. per mille abitanti.

2.7 I processi di riconversione al trattamento dei pazienti post-acuti delle strutture per acuti da disattivare ai sensi del punto 2.5, sono attuati nel rispetto dello standard fissato dal presente provvedimento per la lungodegenza e la riabilitazione.

3 Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina

3.1 Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale.

L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

Disciplina o Specialità clinica	Bacino di Utenza per dimensionare strutture rete pubblica e privata (milioni di abitanti)			
	Strutture di degenza		Servizi senza posti letto	
Descrizione	Bacino max	Bacino min	Bacino max	Bacino min
Allergologia			2	1

Anatomia e istologia patologica			0,3	0,15
Cardiochirurgia infantile	6	4		
Cardiochirurgia	1,2	0,6		
Cardiologia	0,3	0,15		
Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)			0,6	0,3
Chirurgia generale	0,2	0,1		
Chirurgia maxillo-facciale	2	1		
Chirurgia pediatrica	2,5	1,5		
Chirurgia plastica	2	1		
Chirurgia toracica	1,5	0,8		
Chirurgia vascolare	0,8	0,4		
Ematologia	1,2	0,6		
Malattie endocrine, nutrizione e ricamb.	1,2	0,6		
Immunologia e centro trapianti			4	2
Geriatria	0,8	0,4		
Malattie infettive e tropicali	1,2	0,6		
Medicina del lavoro	2	1		
Medicina generale	0,15	0,08		
Nefrologia	1,2	0,6		
Neurochirurgia	1,2	0,6		
Neurologia	0,3	0,15		
Neuropsichiatria infantile	4	2		
Oculistica	0,3	0,15		
Odontoiatria e stomatologia	0,8	0,4		
Ortopedia e traumatologia	0,2	0,1		
Ostetricia e ginecologia	0,3	0,15		
Otorinolaringoiatria	0,3	0,15		
Pediatria	0,3	0,15		
Psichiatria	0,3	0,15		
Tossicologia			6	4
Urologia	0,3	0,15		
Grandi ustionati	6	4		
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	4	2		
Terapia intensiva	0,3	0,15		
Unità coronarica nell'ambito della Cardiologia	0,3	0,15		
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,3	0,15		
Dermatologia	1,2	0,6		
Emodialisi			0,6	0,3
Terapia del dolore	4	2,5	0,5	0,3
Farmacologia clinica			n/a	
Recupero e riabilitazione funzionale*				
Fisiopatologia della riproduzione umana nell'ambito della Ginecologia/Ostetricia	4	2		
Gastroenterologia	0,8	0,4		
Lungodegenti	0,15	0,08		
Medicina nucleare**	4	2	1,2	0,6
Neonatologia	1,2	0,6		
Oncologia	0,6	0,3	0,3	0,15
Oncoematologia pediatrica	4	2		
Oncoematologia (vedere Ematologia)	0			
Pneumologia	0,8	0,4		
Radiologia			0,3	0,15
Radioterapia (vedere radioterapia oncologica)				
Reumatologia	1,2	0,6		
Terapia intensiva neonatale	1,2	0,6		
Radioterapia oncologica			1,2	0,6
Neuroriabilitazione	1,2	0,6		
Neurochirurgia pediatrica	6	4		

Nefrologia pediatrica	6	4		
Urologia pediatrica	6	4		
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)				
Farmacia ospedaliera			0,3	0,15
Laboratorio d'analisi			0,3	0,15
Microbiologia e virologia			1,2	0,6
Fisica sanitaria			1,2	0,6
Servizio trasfusionale***			0,3	0,15
Neuroradiologia			2	1
Genetica medica			4	2
Dietetica/dietologia			1,2	0,6
Direzione sanitaria di presidio			0,3	0,15

*: le soglie minima e massima verranno definite con un documento elaborato da apposito tavolo Ministero/regioni
**: Vanno previsti p.l protetti in base al d.Lgs. 187/2000
***: i bacini di utenza devono essere coerenti con le previsioni dell'Accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Nota: Alcune specialità cliniche possono essere gestite con una unica struttura organizzativa (a titolo di esempio, nefrologia e dialisi). Per alcune specialità (ad esempio geriatria e medicina generale, neuropsichiatria infantile pediatria e psichiatria) le regioni potranno rimodulare i posti letto, sulla base della domanda di salute, fermo restando il numero complessivo dei posti letto.

La tabella rappresenta un documento unico in cui si trattano l'organizzazione e il dimensionamento delle tre reti principali del sistema sanitario: Emergenza-urgenza, Ospedaliera e Territoriale.

Nell'ambito della rete ospedaliera è stata articolato il dimensionamento delle diverse discipline in dipendenza del bacino di utenza. Il bacino di utenza della singola disciplina è stato calcolato sulla base delle patologie normalmente trattate dalla disciplina, della frequenza delle patologie nella popolazione e della numerosità minima di casi per motivare un reparto ospedaliero con un Direttore di struttura complessa. Un altro parametro preso in considerazione è la necessità di una corretta articolazione dei presidi ospedalieri nella rete di Emergenza-urgenza, in particolare per i Dipartimenti di Emergenza-urgenza (DEA) di primo e di secondo livello che formano la "dorsale" di questa rete.

Il percorso per l'applicazione della tabella di cui sopra è il seguente:

1. identificazione del fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post-acuzie applicando criteri di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e con una eventuale correzione per la mobilità in considerazione dei volumi di attività dell'Emergenzaurgenza, in ambito Ospedaliero e Territoriale, fermo restando le attività di ricovero di alcune regioni virtuose;

2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90% durante l'anno); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;

3. disegno della rete ospedaliera (pubblica e privata), partendo dai presidi e dalle specialità necessarie a garantire la rete di Emergenza-urgenza e definendo il bacino di utenza di ciascuna specialità, il fabbisogno di prestazioni ospedaliere e di posti letto normalizzati relativi nonché le strutture pubbliche e private esistenti;

4. la regione, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure.

L'applicazione del percorso sopra definito prevede dati in riduzione rispetto ai parametri relativi ai posti letto esistenti al momento (4,0 p.l. per mille abitanti di cui 0,7 p.l. per le discipline di lungodegenza e riabilitazione post-acuzie) per rendere i medesimi dati coerenti con la riduzione al 3,7. La riduzione del fabbisogno di posti

letto deriva sia dal percorso di appropriatezza che prevede una conversione di ricoveri ordinari in day hospital e prestazioni territoriali e la conversione di ricoveri in day hospital in prestazioni territoriali, sia dal calcolo dei posti letti normalizzati nel caso di scarso utilizzo dei posti letti esistenti. Il numero di strutture complesse ospedaliere risultanti è anche perfettamente compatibile con l'orientamento del Ministero della salute (17,5 p.l. per Struttura Complessa previsto dal Comitato LEA) ed è riferibile ad ogni singola disciplina.

Inoltre, l'introduzione di soglie di volume minime comporterà un'ulteriore riduzione di posti letto, in particolare per le strutture complesse delle discipline chirurgiche, che nelle regioni in piano di rientro si aggira sul 25% mentre nelle restanti regioni è di circa il 10%. Per l'area medica la riduzione è minore, ma comunque significativa per la rete Cardiologica.

Per quanto concerne le strutture complesse senza posti letto (laboratorio analisi, radiologia, anatomia patologica, centro trasfusionale, direzione sanitaria, farmacia ospedaliera, ecc.) si è identificato, sulla base delle prestazioni attese, nonché della necessità della presenza di tali discipline nei Dea di I livello, un bacino di utenza tra 150.000/300.000 abitanti.

La variabilità dei bacini di utenza tiene conto dei tempi di percorrenza dei cittadini, calcolata anche con la metodologia di analisi e di rappresentazione grafica (c.d. georeferenziazione) e quindi, le regioni dovranno utilizzare i bacini minimi in presenza di territori a bassa densità abitativa e quelli massimi in caso opposto.

3.2 I parametri sopra indicati tengono conto della necessità, per l'alta specialità, di offrire una buona qualità di prestazioni, attraverso una concentrazione in un numero limitato di presidi con un ampio bacino d'utenza per ciascuna struttura organizzativa. Esempi di queste discipline sono i grandi ustionati, la cardiochirurgia, alcune specifiche attività di analisi e di preparazione del sistema trasfusionale. Normalmente esse trovano posto in una o più strutture, oppure possono essere dislocate nell'ottica di un'area di utenza maggiore della regione ed essere oggetto di contrattazione tra regioni confinanti, da definirsi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016. Altre discipline sono di media diffusione e sono presenti presso una o più strutture nell'ambito di ciascuna area geografica. Le discipline ad alta ed altissima diffusione sono quelle che rappresentano l'offerta base di ogni presidio ospedaliero pubblico.

Nella determinazione del numero di posti letto per disciplina, la programmazione regionale può seguire il seguente percorso:

1. identificare, partendo dai ricoveri appropriati per ciascuna disciplina, il tasso di ospedalizzazione che, prendendo in considerazione la composizione della popolazione e la mobilità attiva/passiva "strutturale", porta complessivamente ad un dato compatibile con l'obiettivo nazionale. Il tasso di ospedalizzazione include ricoveri ordinari e day hospital, ma non il nido;

2. individuare, per ciascuna disciplina, la degenza media relativa per ricoveri ordinari e ricoveri diurni;

3. determinare il tasso di occupazione standard da utilizzare nel calcolo;

4. calcolare, sulla base dei punti precedenti, il numero regionale totale di posti letto;

5. determinare, sulla base dei ricoveri appropriati e della programmazione regionale, la quota dei ricoveri fornita dagli erogatori pubblici;

6. calcolare il numero di posti letto atteso nelle strutture pubbliche e nelle strutture private.

Nelle regioni con popolazione inferiore ai valori soglia del bacino di utenza per specifica disciplina sopra indicati, l'attivazione o la conferma, nei propri presidi ospedalieri pubblici o privati accreditati, di strutture operative della specifica disciplina è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del relativo bacino di utenza, secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014 - 2016.

4. Volumi ed esiti

4.1. La necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza in un contesto di risorse limitate, comporta necessariamente una riconversione di servizi, strutture ed ospedali, per far fronte ai mutati bisogni sociali, demografici ed epidemiologici, in coerenza con quanto previsto dalla Legge 135/2012, in materia di reti ospedaliere. In tal senso, elementi determinanti sono rappresentati dai volumi di attività e dalla valutazione degli esiti.

L'unità di riferimento per valutare opzioni di razionalizzazione della rete ospedaliera è rappresentata dai volumi di attività specifici per processi assistenziali (percorsi diagnostico-terapeutici) e l'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni, a cui deve fare seguito un coerente numero di posti letto, nel contesto di un efficace sistema di governo dell'offerta.

4.2 Per numerose attività ospedaliere sono disponibili prove, documentate dalla revisione sistematica della letteratura scientifica, di associazione tra volumi di attività e migliori esiti delle cure (ad esempio mortalità a 30 giorni, complicanze od altri esiti), ed in particolare per:

a) Chirurgia del Cancro Esofago, Fegato, Mammella, Pancreas, Stomaco, Cistifellea, Colon, Polmone, Prostata, Rene e Vescica

b) Procedure chirurgiche: Colecistectomia; Aneurisma aorta addominale, Angioplastica coronarica, By pass aorto-coronarico, Endoarterectomia carotidea, Rivascolarizzazione arti inferiori, Artoplastica ginocchio e anca, frattura femore

c) Processi e percorsi diagnostico-terapeutici: Terapia intensiva neonatale (TIN) e Maternità; Infarto del miocardio

4.3 Per queste e per altre attività cliniche, procedure e percorsi diagnostico terapeutici, la revisione sistematica continua della letteratura scientifica consentirà di identificare ed aggiornare continuamente le conoscenze disponibili sulla associazione tra volumi di attività e qualità delle cure. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.nas), avvalendosi di specifiche competenze scientifiche, ha la funzione di aggiornare costantemente le conoscenze disponibili sul rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure.

4.4 Per le attività cliniche di cui alle lettere a) e b) del punto 4.2, le unità di riferimento dei volumi di attività sono attualmente le unità operative complesse e, quando saranno disponibili i dati della Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) opportunamente modificata, i singoli operatori. Per le attività di cui alla lettera c) dello stesso punto, le unità di riferimento sono gli istituti di cura ospedalieri.

4.5 Per numerosi percorsi diagnostico-terapeutici, procedure ed attività cliniche, sono misurabili sistematicamente gli esiti e possono essere identificati valori di rischio di esito, al di sotto (per gli esiti positivi) o al di sopra (per gli esiti negativi) dei quali, alle strutture (Unità operative complesse-UOC o ospedali, ove applicabile) non possono essere riconosciuti i requisiti di accreditamento specifici. Per le attività ospedaliere per le quali è definita l'associazione volumi-esiti, ma la letteratura scientifica non consente di identificare in modo univoco soglie di volume al di sotto delle quali non possono aversi sufficienti garanzie di efficacia e sicurezza, le soglie minime possono essere, tuttavia, scelte sulla base di criteri di costo-efficacia e in rapporto con i fabbisogni specifici.

Il rapporto osservato tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità specifica di strutture per ciascun valore del rapporto tra volumi ed esiti, consente di effettuare valutazioni di impatto per la scelta di soglie di volume e soglie di esiti.

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche, possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. A tal fine si prevede di istituire, presso Age.nas, un tavolo tecnico composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, che provvederà anche a formulare proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili, da recepire come integrazione del presente decreto.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto altresì degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture, si definiscono valide le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	150 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa
Intervento chirurgico per frattura di femore	75 interventi annui per Struttura complessa
Infarto miocardico acuto	100 casi annui di infarti miocardici in fase acuta di primo ricovero per ospedale
By pass aorto-coronarico	200 interventi/anno di By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa
Angioplastica coronarica percutanea	250 procedure/anno di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (IMA-STEMI)
Maternità	si applicano le soglie di volume di attività di cui all'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010

e le seguenti soglie di rischio di esito:

Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a tre giorni	minimo 70%
Proporzione di interventi chirurgici entro 48h su persone con fratture del femore di età>=65 anni	minimo 60%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di I livello o comunque con < 1000 parti	massimo 15%
Proporzione di tagli cesarei primari in maternità di II livello o comunque con> 1000 parti	massimo 25%
Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	minimo 60%
Intervento di By pass aorto-coronarico isolato, mortalita' aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%;
Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata (ad esclusione delle protesi valvolari transfemorali e transapicali-TAVI), mortalità aggiustata per gravità a 30 giorni	massimo 4%

4.7 Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, nella attuazione delle procedure di riconversione e di accreditamento della rete ospedaliera in applicazione dei criteri di cui sopra, le regioni e le province autonome dovranno:

- identificare, in relazione alle risorse disponibili, le strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) che possono svolgere le funzioni assistenziali identificate, per garantire le soglie di volume e di esito stabilite;

- definire modalità e tempi di attuazione degli interventi di riconversione;

- identificare strutture (Ospedali ed Unità Operative in relazione allo specifico requisito) per le quali, in relazione alle risorse disponibili, non sono determinabili condizioni ed interventi che consentano il rispetto dei requisiti di volume ed esito rispetto al volume complessivo e di attività e per le quali pertanto si determinano le condizioni per la disattivazione;

- adottare procedure di controllo e audit clinici ed organizzativi per prevenire i fenomeni opportunistici di selezione dei pazienti e/o di inappropriatezza, prevedendo le relative misure sanzionatorie;

- adottare misure per regolare l'ingresso nel sistema di nuove strutture erogatrici, in particolare per quanto riguarda i tempi per la verifica dei requisiti di volume e di esito.

Le misure e le stime di riferimento e di verifica per i volumi di attività e gli esiti sono quelle prodotte dal Programma nazionale esiti (PNE) di Age.nas ai sensi del comma 25 bis dell'art. 15 della legge 135/2012.

5. Standard generali di qualità

5.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

5.2 E' necessario promuovere ed attivare standard organizzativi secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona. Le strutture ospedaliere applicano le dimensioni del governo clinico, secondo linee di indirizzo e profili organizzativi. Tali linee di indirizzo, adottate con Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, verranno-elaborate, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da un tavolo tecnico istituito presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome; le linee di indirizzo dovranno comprendere almeno gli ambiti di seguito specificati, ordinati per livelli organizzativi e assicurando un programma di valutazione sistematico.

5.3. Standard per i presidi ospedalieri di base e di I Livello

Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di:

Gestione del rischio clinico

- Sistema di segnalazione degli eventi avversi

- Identificazione del paziente, lista di controllo operatoria (c.d. Checklist operatoria) e Scheda unica di terapia

- Sistemi di raccolta dati sulle infezioni correlate all'assistenza, sorveglianza microbiologica, adozione delle procedure che garantiscono l'adeguatezza e l'efficienza dell'attività di sanificazione disinfezione e sterilizzazione, protocolli per la profilassi antibiotica e procedura per il lavaggio delle mani

- Programmi di formazione specifica.

Medicina basata sulle evidenze e Valutazione delle tecnologie Sanitarie

- Implementazione di linee guida e definizione di protocolli diagnostico-terapeutici specifici

- Acquisizione delle valutazioni delle tecnologie sanitarie prodotte a livello nazionale ed internazionale

- Partecipazione a reti di valutazione delle tecnologie sanitarie, facenti capo alla rete nazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie, coordinata dalla Age.nas.

Valutazione e miglioramento continuo delle attività cliniche

- Misurazione della performance clinica e degli esiti

- Audit Clinico

- Valutazione della qualità percepita dell'assistenza dai cittadini/pazienti

Documentazione sanitaria, Comunicazione, informazione e partecipazione del cittadino/paziente

- Integrazione dei sistemi informativi relativi alla trasmissione di informazioni sia di carattere gestionale che sanitario

- Disponibilità delle informazioni da rendere ai cittadini via web o con altri metodi di comunicazione

- Procedure di comunicazione con i pazienti per il coinvolgimento attivo nel processo di cura

Formazione continua del personale

- Rilevazione e valutazione sistematica dei bisogni formativi, con particolare attenzione alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative nonché all'inserimento di nuovo personale

- Valutazione dell'efficacia dei programmi formativi attuati

5.4. Standard per le strutture di II Livello

Le strutture di II livello, oltre a garantire quanto previsto per le strutture di I livello, svolgono ruolo di promozione e sviluppo di metodi, strumenti e programmi da diffondere e rendere disponibili ad altre strutture di I/II livello in ambito regionale e nazionale.

Gli standard individuati devono essere periodicamente aggiornati in base alle conoscenze e alle evidenze scientifiche che si renderanno disponibili.

6. Standard organizzativi, strutturali e tecnologici generali

6.1 I requisiti di autorizzazione e di accreditamento definiti dalle regioni in attuazione del DPR 14.01.1997 e delle successive disposizioni regionali in materia sono applicati ed eventualmente integrati, per le finalità del presente provvedimento, nonché in attuazione a quanto previsto dall'Intesa Stato-regioni del 20 dicembre 2012 recante: "Disciplinare sulla revisione della normativa dell'Accreditamento" e successive disposizioni, tenendo conto delle indicazioni che seguono.

6.2 Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.

6.3 Ogni struttura, tenendo anche conto del suo interfacciamento con la componente impiantistica e con le attrezzature, ha l'obbligo del rispetto, assicurato con controlli periodici, dei contenuti degli atti normativi e delle linee guida nazionali e regionali vigenti in materia di qualità e sicurezza delle strutture con riferimento a:

- protezione antisismica;

- antincendio;

- radioprotezione

- sicurezza per i pazienti, degli operatori e soggetti ad essi equiparati;

- rispetto della privacy sia per gli aspetti amministrativi che sanitari;

- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza delle attrezzature biomedicali;

- graduale sostenibilità energetico-ambientale in termini di riduzione dei consumi energetici;

- smaltimento dei rifiuti;

- controlli periodici per gli ambienti che ospitano aree di emergenza, sale operatorie, rianimazione e terapie intensive e medicina nucleare;

- monitoraggio periodico dello stato di efficienza e sicurezza degli impianti tecnici e delle attrezzature biomedicali;

- controllo periodico della rispondenza delle opere edilizie alle normative vigenti.

6.4 Va promossa una completa informatizzazione delle procedure e dei servizi, compresa la gestione dei rapporti con il pazienti e prestatori di assistenza (c.d. caregiver) informali per il monitoraggio e consulenza on-line.

7. Standard specifici per l'alta specialità

Per le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero per acuti per le attività assistenziali contemplate nel decreto ministeriale 29 gennaio 1992, si fa riferimento a quanto indicato nell'Allegato C dello stesso decreto, ovvero alle intervenute disposizioni nazionali o regionali in materia, nelle more della definizione di standard specifici da parte di un tavolo tecnico, da costituire presso il Ministro della salute, composto da rappresentanti del Ministero della salute, Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di elaborare un documento contenente una proposta di aggiornamento del predetto decreto ministeriale, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Reti ospedaliere

8.1. Aspetti generali

8.1.1. All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto

- rete ictus

- rete traumatologica

- rete neonatologica e punti nascita

- rete medicine specialistiche

- rete oncologica

- rete pediatrica

- rete trapiantologica

- rete terapia del dolore

- rete malattie rare

Per la definizione delle reti sopra elencate le regioni adottano specifiche disposizioni tenendo conto delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni già contenute negli appositi Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-regioni sulle rispettive materie. Relativamente alle reti sopra elencate, per le quali non siano disponibili linee guida e raccomandazioni, è istituito uno specifico tavolo tecnico presso Age.nas composto da rappresentanti del Ministero della salute, di Age.nas, regioni e province autonome, con il compito di definire entro un anno dalla data di approvazione del presente decreto le relative linee guida e raccomandazioni, nonché di aggiornare quelle già esistenti, da sancire tramite Accordi in sede di Conferenza Stato-regioni.

Le regioni considerano, altresì, le indicazioni provenienti dall'Unione europea finalizzate a sollecitare specifici percorsi di integrazione terapeutico-assistenziali quali ad es. quelli relativi alla presa in carico multidisciplinare delle pazienti affette da neoplasia mammaria attraverso le unità mammarie interdisciplinari (breast unit), nonché di quelle di cui al documento di indirizzo nazionale avente ad oggetto la definizione di specifiche modalità organizzative ed assistenziali della rete dei centri di senologia, elaborato dal gruppo di lavoro composto da rappresentanti del Ministero della salute, regioni e province autonome, esperti di Age.nas e di società scientifiche. Nell'ambito dell'implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano la necessità di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.

Nel presente documento vengono fornite direttamente indicazioni solo per le reti tempo-dipendenti.

8.2 Indicazioni per le reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti

Sulla base dell'impatto sanitario della patologie tempo-dipendenti, in questa prima fase, si fa riferimento alla rete per le emergenze cardiologiche, alla rete per il trauma ed identificati gli standard dei Centri per il trattamento di pazienti con politrauma, alla rete per l'ictus.

8.2.1 Rete per le emergenze cardiologiche

I documenti di consenso delle Società scientifiche e la Società Europea di Cardiologia sottolineano come, per la gestione ottimale del paziente con infarto miocardico acuto (IMA), sia necessario un modello organizzativo coordinato di assistenza territoriale in rete. La rete per l'infarto miocardico acuto (IMA) rappresenta, pertanto, l'attuale standard di cura per l'infarto del miocardio con sopra-slivellamento del tratto ST (STEMI).

La rete rappresenta il sistema organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA, che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con STEMI pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili.

Le principali finalità sono:

- ottenere il numero più elevato possibile di riperfusioni coronariche nell'IMA attraverso l'utilizzo di angioplastica coronarica o trombolisi;

- assicurare al paziente il sistema di riperfusione più efficace, disponibile su tutto il territorio regionale;

- assicurare il trattamento interventistico con angioplastica al maggior numero di pazienti, in particolare a quelli con shock cardiogeno ed a più alto rischio ed ai pazienti con controindicazioni alla trombolisi;

- ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti con IMA attraverso una diagnosi precoce e l'utilizzo ottimale dei sistemi di teletrasmissione elettrocardiografica a distanza, in primis, da parte del 118;

- migliorare la prognosi dei pazienti con IMA;

- razionalizzare l'impiego delle risorse.

Il modello organizzativo adottato è quello di una rete di intervento territoriale imperniato sul Servizio di Emergenza del 118 cui si affianca una rete inter-ospedaliera coordinata, di tipo hub and spoke, con adeguamento agli standard previsti, ovvero una unità di emodinamica per un bacino di utenza di 300.000 - 600.000 abitanti (vedi tabella delle strutture complesse, capitolo 3).

Questo modello è già consolidato in numerose realtà italiane ed è suggerito dal documento di consenso delle Società scientifiche italiane di Cardiologia. Si tratta di una rete di intervento che parte dal territorio e si coniuga efficacemente con un'organizzazione inter-ospedaliera, applicando protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati (diretti, intra- ed inter-ospedalieri) concordati, utilizzando servizi ed ospedali con funzioni differenziate per livelli di competenza e di risorse e valorizzando l'importanza e la "pari dignità" di ogni ruolo e di ogni intervento.

8.2.2 Rete per il Trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke).

Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

8.2.2.1 Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

8.2.2.2 Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Personale addestrato alla gestione del trauma

- Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie

- Chirurgia generale

- Anestesia e Rianimazione

- Medicina d'urgenza

- Ortopedia

- Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di teleconsulenza previste nell'ambito del SIAT

- Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale

- Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

8.2.2.3 Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000-4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata.

Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni).

Deve essere dotato dei seguenti standard:

- Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici

- T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze

- Sale operatorie h.24

- Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza

- Chirurgia Generale e d'Urgenza

- Anestesia-Rianimazione

- Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica

- Ortopedia

- Neurochirurgia

- Radiologia con possibilità interventistica

- Laboratorio e Centro trasfusionale

Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

8.2.3 Rete per l'ictus

Per garantire il miglior approccio alle problematiche dell'ictus e pervenire ad una presa in carico complessiva del paziente, si individua un percorso che prevede 3 fasi:

-fase pre-ospedaliera

-fase ospedaliera

-fase post-ospedaliera

Vengono in questo decreto definiti gli standard delle Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus (Stroke unit) e le strutture dedicate alla gestione dei pazienti con ictus cerebrale acuto, prevedendo 2 livelli.

8.2.3.1 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.d.Stroke Unit(SU) di I livello o areastroke

Sono necessarie per rispondere diffusamente, a livello territoriale, al fabbisogno di ricovero e cura della maggior parte dei pazienti con ictus cerebrale. Si caratterizzano per la presenza, in area di degenza specializzata per pazienti con ictus, dei seguenti standard:

- Competenze multidisciplinari incluse o presenti nella struttura

- Un neurologo dedicato e Personale infermieristico dedicato

- Almeno un posto letto con monitoraggio continuo

- Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)

- Terapia fibrinolitica endovenosa

- Pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico)

- Disponibilità h.24 di Tomografia computerizzata (TC) cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrato ad almeno 16 strati e/o Risonanza magnetica (RM) encefalo, Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), angio-RM

- Diagnostica neurosonologica epiaortica e intracranica, ecodoppler dei tronchi sovra-aortici (TSA) ed ecocardiografia

- Collegamento operativo con le Stroke Unit di II livello per invio immagini e consultazione collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

8.2.3.2 Unità ospedaliere per il trattamento dei pazienti con ictus, c.dStroke Unitdi II livello

La Stroke Unit di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per le Stroke Unit di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- Personale dedicato h.24

- Neuroradiologia h.24 con TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1,5 Tesla per Risonanza magnetica (RM), Risonanza magnetica con immagini pesate in diffusione (RM DWI), Risonanza magnetica con immagini pesate in perfusione (RM-PWI) e angio-RM con pacchetto a rapida effettuazione

- Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Panel h.24

- Neurochirurgia h.24

- Chirurgia vascolare h.24

- Angiografia cerebrale

- Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza), trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- e intracranico,

- Embolizzazione di malformazioni artero-venose, aneurismi, endoarteriectomia (urgenza)

- Craniotomia decompressiva

- Clipping degli aneurismi

9. Rete dell'emergenza urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

9.1 Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

9.1.1 Centrale operativa

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità.

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, nel rispetto degli standard che verranno indicati, per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel presente documento, in sede di Conferenza Stato-regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente decreto.

Sulla base dell'esperienza organizzativa e gestionale maturata, nonché degli investimenti informatici, nelle tecnologie di supporto con importanti contributi di modernità ed efficienza, si ritiene percorribile una revisione organizzativa che preveda una centrale operativa con un bacino di riferimento orientativamente non inferiore a 0,6 milioni ed oltre di abitanti o almeno una per regione /provincia autonoma.

La regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività.

La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Alle regioni che hanno un bacino di popolazione inferiore a quello minimo indicato nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.2 Rete territoriale di soccorso

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.

9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti

con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l' adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Nel calcolo delle postazioni territoriali occorre tener conto della peculiare risposta organizzativa del 118 scelta, ad es. con l'affidare o meno al 118 la totalità dei trasporti non solo secondari urgenti ma anche dei trasporti ordinari, in alcune Regioni attualmente a carico dei presidi ospedalieri ed in altre a carico del servizio 118.

Nel caso in cui i trasporti secondari programmati vengano affidati al 118, la gestione degli stessi deve essere assolutamente separata dalla gestione dei servizi di soccorso sanitario urgente.

Pertanto, nel calcolo del totale di mezzi di soccorso riorganizzati vanno considerati i trasporti primari e secondari urgenti, in particolare per l'implementazione delle reti delle patologie complesse tempo-dipendenti, nonché i trasporti ordinari.

9.1.4 Elisoccorso sanitario ed elisuperfici a servizio delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

L'analisi condotta sul numero degli interventi di soccorso effettuati nelle regioni e nelle provincie autonome di Trento e di Bolzano in particolare sugli eventi con codice di gravità giallo e rosso, permette di calcolare l'adeguato fabbisogno di basi operative di elisoccorso. Alla luce dei dati di attività del servizio negli ultimi cinque anni, nonché dei dati relativi al servizio territoriale con mezzi a terra, si propone un servizio di elisoccorso regionale, integrato con il sistema di soccorso a terra, che impieghi un numero di mezzi diurno pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 400 e 600 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra ed alla definizione della rete ospedaliera.

Per i mezzi notturni, si propone un servizio di elisoccorso integrato con il sistema di soccorso a terra tramite adeguata rete di elisuperfici notturne a servizio delle destinazioni sanitarie, ed elisuperfici a servizio di comunità isolate o aree disagiate, che impieghi un numero di mezzi notturni pari a uno per una previsione media di interventi compresa tra 350 e 550 anno per ogni base operativa in relazione, motivata, alla numerosità dei mezzi a terra, alla definizione della rete ospedaliera ed alla rete di elisuperfici notturne.

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano potranno definire riduzioni dei parametri sopra descritti in relazione alla necessità di erogare il servizio per situazioni peculiari, quali l'assistenza alle isole minori o a comunità isolate, dove l'integrazione con il soccorso ordinario presenti difficoltà non altrimenti superabili anche esperite le possibili sinergie interregionali.

Data la peculiarità del servizio e dei mezzi sono fortemente auspicate sinergie di intervento a copertura delle aree di confine tra le diverse regioni. In caso di particolari emergenze o comunque quando se ne ravvisino necessità organizzative in relazione alla rete di emergenza, dovrà essere possibile la gestione flessibile delle basi operative con trasferimenti temporanei o definitivi delle stesse negli ambiti regionali.

La complessità degli adempimenti richiesti dalla vigente normativa aeronautica richiede che le regioni e provincie autonome di Trento e di Bolzano individuino, anche a fini di ottimizzazione del servizio, un piano complessivo di interventi che possa trovare graduale applicazione nel tempo, relativamente ad una rete integrata di siti collegati all'attività di elisoccorso, individuati a diversi livelli. In adesione a quanto già previsto nelle JAR-OPS 3 (normativa internazionale di riferimento), anche la normativa italiana recepisce in proposito la seguente distinzione:

Basi operative Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS);

1) Destinazioni sanitarie;

2) Elisuperfici a servizio di strutture sanitarie;

3) Elisuperfici a servizio di comunità isolate;

4) Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS).

Alle regioni per le quali si preveda un numero di interventi annui inferiori a quelli minimi indicati nel presente punto è fortemente raccomandata l'aggregazione funzionale con una delle regioni confinanti tramite apposite convenzioni.

9.1.5 Punti di Primo Intervento (PPI)

Esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, potrebbe rendersi necessario prevedere, per un periodo di tempo limitato, il mantenimento nella località interessata di un Punto di Primo Intervento, operativo nelle 12 ore diurne e presidiato dal sistema 118 nelle ore notturne. Qualora gli accessi superino le 6.000 unità anno la responsabilità clinica e organizzativa ricade sul DEA. di riferimento, che potrà avvalersi di risorse specialistiche, con adeguata formazione, presenti nella struttura.

La funzione dei Punti di Primo Intervento è la trasformazione in postazione medicalizzata del 118 entro un arco temporale predefinito, implementando l' attività territoriale al fine di trasferire al sistema dell'assistenza primaria le patologie a bassa gravità e che non richiedono trattamento ospedaliero secondo protocolli di appropriatezza condivisi tra 118, DEA, hub o spoke di riferimento e Distretto, mantenendo rigorosamente separata la funzione di urgenza da quella dell'assistenza primaria. Nei punti di primo intervento non è prevista l'osservazione breve del paziente.

Punti di Primo Intervento con casistica inferiore ai 6.000 passaggi annui sono direttamente affidati al 118 come postazione territoriale.

Possono essere organizzati Punti di Primo Intervento anche per esigenze temporanee ed in occasione di manifestazioni di massa, gestiti funzionalmente e organizzativamente dal sistema 118.

Nella fase di transizione verso la gestione del 118, la loro funzione per le urgenze si limita unicamente ad ambienti e dotazioni tecnologiche atte al trattamento delle urgenze minori e ad una prima stabilizzazione del paziente ad alta complessità, al fine di consentirne il trasporto nel pronto soccorso più appropriato.

9.2 Rete ospedaliera dell'emergenza

La rete ospedaliera dell'emergenza è costituita da strutture di diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello hub and spoke integrato dalle strutture sotto indicate. Tali strutture sono in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

La rete si articola su quattro livelli di operatività:

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.

La funzione di pronto soccorso è prevista per:

- un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti

- un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento

- un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile. Per centri hub and spoke si intendono anche quelli di regioni confinanti sulla base di accordi interregionali da sottoscriversi secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016.

Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate.

In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna.

Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;

- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;

- un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo.

E’ organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. E’ predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub. E’ prevista la presenza di una emoteca. Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

9.2.3 Ospedale sede di D.E.A. di I Livello (spoke)

La struttura ospedaliera sede di DEA di I livello (spoke) esegue tutti gli interventi previsti per l'ospedale sede di Pronto soccorso e svolge funzioni di accettazione in emergenza urgenza per patologie di maggiore

complessità, di osservazione breve intensiva e di medicina di urgenza e, ove necessario, trasferisce in continuità di assistenza, al DEA di II Livello (hub), superiore per livello di cura.

La struttura sede di DEA di I Livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.3.

9.2.4 Ospedale D.E.A. di II Livello (hub)

La struttura ospedaliera sede di DEA di II livello esegue tutti gli interventi previsti nell'ospedale sede di DEA di I livello ed è sede di discipline di riferimento per le reti delle patologie complesse; effettua oltre agli interventi previsti per il DEA di I livello, le funzioni di accettazione in emergenza- urgenza per il trattamento delle patologie acute ad elevata complessità, in particolare per quanto attiene alle alte specialità o alle specialità che fanno riferimento a centri regionali o sovra regionali (Centro ustioni, Centro trapianti, Unità spinali, Cardiochirurgia, Neurochirurgia).

La struttura sede di DEA di II Livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato delle strutture di cui al capitolo 2, punto 2.4. E' inoltre prevista, qualora i volumi di attività consentano di garantire le competenze richieste, una struttura complessa di Chirurgia d'Urgenza, che assolva a compiti di trattamento specialistico di patologie urgenti.

La rete di teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto dei dati tecnici fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo in Ospedale e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto. Al fine di un utilizzo ottimale della rete di trasmissione di immagini e dati è necessario garantire la presenza sulle 24 ore, negli hub di personale sanitario formato, con specifica programmazione regionale, alla gestione delle richieste di consulenza.

9.2.5 Rapporti con il Servizio di Continuità Assistenziale

La razionalizzazione deve opportunamente interessare anche l'organizzazione del Servizio di Continuità Assistenziale.

Dovranno essere messe a disposizione della continuità assistenziale le dotazioni tecnologiche delle centrali operative e l'integrazione con i medici di medicina generale, con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza. Altri elementi di razionalizzazione provengono da una più corretta distribuzione delle postazioni di Continuità Assistenziale che dovrà essere definita a livello regionale con adeguato dimensionamento in rapporto all'attività attesa e alla distribuzione territoriale.

Ulteriori indicazioni di programmazione potranno essere fornite dal sistema di acquisizione dei dati, previsto dal D.M. 17 dicembre 2008"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza".

Il servizio di continuità assistenziale viene organizzato anche tenendo conto di quanto previsto dall'art. 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

10. Continuità ospedale-territorio

La riorganizzazione della rete ospedaliera cui è finalizzato il presente provvedimento sarà insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza, o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale. L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere, riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita

dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza. Al riguardo va promosso il collegamento dell'ospedale ad una centrale della continuità o altra strutture equivalente posta sul territorio di riferimento per la dimissione protetta e la presa in carico post ricovero, nonché la promozione della medicina di iniziativa e della Farmacia dei servizi, quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo patto per la salute 2014-2016. In attuazione della legge n. 38/2010 e per il completamento della legge n. 39/1999, al fine di assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni completano l'attivazione degli hospice, di cui alla lett. c) dell'art. 2, comma 1, legge 15 marzo 2010, n. 38 e assicurano sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

Le iniziative di continuità ospedale territorio possono, pertanto, identificarsi nei programmi di dimissione protetta e/o assistita, in particolare per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta, nelle disponibilità di strutture intermedie con varie funzioni, nei servizi di gestione della fase acuta a domicilio mediante gruppi multidisciplinari, nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici, nei centri di comunità/poliambulatori, nelle strutture di ricovero nel territorio gestite dai Medici di Medicina Generale (MMG).

Per struttura Intermedia, omnicomprensiva della qualsivoglia tipologia o "provenienza" del paziente, si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare:

- pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:

- consolidare le condizioni fisiche

- continuare il processo di recupero funzionale

- accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero

- pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera

Per lo sviluppo di questi percorsi è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di specifici strumenti (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.

Le regioni, al fine di agevolare il processo di ridefinizione della rete ospedaliera devono procedere contestualmente al riassetto dell'assistenza primaria, dell'assistenza domiciliare e di quella residenziale, in coerenza con quanto previsto dal vigente quadro normativo in materia di livelli essenziali di assistenza e con gli obiettivi economico finanziari nazionali fissati per il Servizio sanitario nazionale.

In questa sede ci si limita a fornire indicazioni solo relativamente alle strutture intermedie che possono essere di diretta interfaccia tra l'assistenza territoriale e quella ospedaliera con particolare riferimento ai cosiddetti Ospedali di Comunità.

10.1 Ospedale di comunità

E' una struttura con un numero limitato di posti letto (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN; la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)

-di sorveglianza infermieristica continuativa

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

L'assistenza sarà garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

La sede fisica dell'ospedale di comunità potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

APPENDICI

Appendice 1

DEFINIZIONE DEI POSTI LETTO ORDINARI OSPEDALIERI - CRITERI

Posto letto ordinario: Posto letto per ricovero H24

Posto letto autorizzato: posto letto fisico previsto negli atti autorizzativi; si distinguono in:

- fisicamente disponibile

- fisicamente indisponibile, per ragioni strutturali temporanee quali manutenzione, ristrutturazione, o altre contingenze.

Posto letto fisicamente disponibile:

-organizzativamente disponibili: occupabili in qualsiasi momento per pazienti urgenti o elettivi (esistenti ed utilizzabili)

-organizzativamente indisponibili, per ragioni contingenti quali insufficienza di personale, procedure di disinfezione

Posti letto organizzativamente disponibili:

-posto letto libero

-posto letto occupato

Appendice 2

Chirurgia ambulatoriale

I trattamenti chirurgici, che l'evoluzione delle procedure tecniche e delle tecnologie ha reso possibile effettuare in ambito ambulatoriale in alternativa al ricovero ordinario o diurno in day surgery, hanno una crescente rilevanza sotto il profilo terapeutico assistenziale ed organizzativo. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti uniformi ed omogenei criteri di sicurezza

e qualità, in campo nazionale. Con le presente appendice si forniscono specifiche indicazioni. Con il termine chirurgia ambulatoriale si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia, (fino al II grado della scala di sedazione) su pazienti accuratamente selezionati comprese le prestazioni di chirurgia odontoiatrica in anestesia loco-regionale e tronculare effettuabili negli ambulatori/studi odontoiatrici, in quanto comportanti trascurabile probabilità di complicanze.

Per la selezione pre-operatoria dei pazienti, si propone l'utilizzo della classificazione della American Society of Anesthesiology che consente di definire le categorie dei pazienti in funzione della presenza o meno di alterazioni organiche o funzionali. Si individuano i pazienti afferenti alle classi ASA 1 e ASA 2 come possibili candidati alle prestazioni di chirurgia ambulatoriale e alle prestazioni effettuabili nei presidi extraospedalieri di day surgery.

Le regioni classificano le strutture che erogano prestazioni di chirurgia ambulatoriale in base a:

- complessità tecnica/invasività delle prestazioni,

- tecniche e grado di anestesia e sedazione praticabili,

- possibili insorgenze di complicanze cliniche nel paziente,

- gradiente di sicurezza igienico ambientale dell'area operatoria

e definiscono in tal senso classi diverse di standard strutturali, tecnologici- impiantistici, qualitativi e di sicurezza e quantitativi.

Standard strutturali

Le regioni definiscono le caratteristiche generali degli edifici e dei locali sede dell'ambulatorio ed i loro rapporti con attività non sanitarie prevedendo che le strutture di chirurgia ambulatoriale complessa siano ubicate al piano terra o comunque dotati di ascensori atti al trasporto di pazienti in lettiga.

Le regioni disciplinano espressamente, differenziandoli per la complessità della struttura, tra l'altro, gli standard relativi:

-ai locali e spazi per l'attività sanitaria e per le attività ad essa correlate (attività amministrative, attesa pazienti, servizi igienici, stoccaggio farmaci e materiali).

Devono essere disciplinati, differenziandoli per la complessità della struttura, espressamente gli standard relativi:

- alla zona di spogliatoio e preparazione del personale sanitario;

- alla zona spogliatoio e preparazione paziente;

- al locale chirurgico;

- allo spazio di sosta per i pazienti che hanno subito l'intervento;

- al deposito materiali sterili e dello strumentario chirurgico;

- al locale per visite e medicazioni;

- allo spazio per la disinfezione e la sterilizzazione (pur mantenendo la possibilità, in alternativa, di avvalersi di servizi di sterilizzazione esterni);

- al pavimento e alle superfici in generale.

Standard organizzativi

Le regioni definiscono adeguati standard organizzativi comprensivi dei riferimenti alle figure professionali ed alla numerosità del personale addetto, nel rispetto, per quanto attiene alle strutture pubbliche, degli obiettivi di contenimento dei relativi costi fissati dalla normativa vigente in materia di personale del SSN .

Standard tecnologici-impiantistici

Le regioni definiscono, differenziandoli per la complessità della struttura, gli standard relativi alle caratteristiche termiche e igrometriche, illuminotecniche e impiantistiche, nonché le caratteriste tecniche delle attrezzature e degli arredi dei singoli locali o spazi in funzione dell'attività svolta.

Le Regioni definiscono differenziandolo per la complessità della struttura, il contenuto minimo del carrello per la gestione dell'emergenza, comprendente attrezzature e farmaci essenziali per la rianimazione cardiaca e polmonare di base (inclusi aspiratore e attrezzature per la ventilazione) e di frigorifero a temperatura controllata per la conservazione di materiali e farmaci.

La dotazione tecnologica, in relazione alla complessità degli interventi e alla casistica trattata, deve comprendere il defibrillatore semiautomatico.

Standard qualitativi e di sicurezza

Ai fini della sicurezza del paziente e della continuità assistenziale le regioni definiscono, tra l'altro, il contenuto minimo delle indicazioni che dovranno essere riportate:

- nella scheda clinica che deve essere redatta per ciascun paziente;

- nel registro ambulatoriale dove deve essere registrata tutta l'attività sanitaria erogata dalla struttura;

- nella relazione finale, comprese le informazioni per la gestione delle complicanze.

I provvedimenti regionali, tra l'altro, prevedono:

- l'adozione di procedure per la selezione del paziente, per l'informazione sulle modalità e il decorso dell'intervento e il consenso informato, per la richiesta dei necessari accertamenti, per la preparazione all'intervento e per l'immediato periodo post operatorio;

- la sorveglianza continua del paziente ed il monitoraggio dei parametri vitali adeguato alle procedure cui viene sottoposto il paziente e per tutta la durata della prestazione, compresa la fase preoperatoria e postoperatoria, nonché delle possibili complicanze cliniche (anestesiologiche ed operatorie) dei pazienti;

- la compilazione e la conservazione del registro operatorio e della documentazione clinica, compresa copia della relazione di cui al punto precedente, secondo i tempi stabiliti per le attività di ricovero ordinario;

- un sistema atto ad assicurare la reperibilità dei sanitari 24 ore su 24, definendo le modalità secondo le quali è organizzata e le procedure attraverso cui sono rese note al paziente le modalità per attivare il servizio di pronta disponibilità;

- la continuità assistenziale con il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta, anche tramite una relazione scritta che indichi i nominativi degli operatori, la procedura eseguita, l'ora dell'inizio e della fine della procedura, le eventuali tecniche sedative del dolore o il tipo di anestesia praticata e i consigli terapeutici proposti;

- la prima gestione in loco delle complicanze. Nel caso di complicanze non gestibili in loco, o di impossibilità al trasferimento del paziente al proprio domicilio, le strutture garantiscono il trasporto del paziente ad una struttura ospedaliera di riferimento, con possibilità di ricovero, situato ad una distanza percorribile in un tempo che consenta il trattamento delle complicanze. A tal fine è stato adottato, precedentemente all'inizio dell'attività chirurgica dell'ambulatorio/struttura, un protocollo formalizzato per il raccordo con la struttura ospedaliera di riferimento.

- la gestione delle emergenze cliniche nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza. In ogni caso, per fronteggiare in loco e in modo efficace la prima fase di eventuali emergenze, la struttura deve avvalersi di professionisti adeguatamente formati e possedere le necessarie dotazioni strumentali.

Per ogni attività clinica svolta, è individuato un medico responsabile.

Al responsabile dell'attività igienico-sanitaria dell'ambulatorio chirurgico compete, tra l'altro, la tenuta del registro delle attività svolte nella struttura e dei provvedimenti adottati per il rispetto delle norme igienico-sanitarie, nonché la trasmissione semestrale alla ASL di riferimento di una relazione in cui siano riportati i risultati dei controlli effettuati.

I trasferimenti per complicanze ed emergenze devono essere trasmessi alla ASL di riferimento con l'indicazione del motivo del ricovero e della struttura dove è avvenuto.

Le regioni prevedono l'adozione da parte delle strutture degli strumenti per la gestione del rischio clinico. Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico.

Le regioni, qualora si intenda ricomprendere nella chirurgia ambulatoriale anche interventi chirurgici effettuati in anestesia generale limitatamente alle sole ipotesi di recupero da parte dell'utente dell'autonomia motoria e della piena vigilanza entro le due ore successive alla conclusione dell'intervento e non implicanti assistenza continuativa post-intervento, definiranno ulteriori standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi tenendo conto della maggiore complessità della prestazione erogata e del maggior rischio per utenti ed operatori.

In particolare per il locale chirurgico le caratteristiche, le relative dotazioni impiantistiche e di sicurezza, attinenti:

- alla temperatura e all'umidità;

- ai ricambi e al filtraggio dell'aria;

- agli impianti di gas medicali e di aspirazione dei gas anestetici;

- alle stazioni di riduzione della pressione;

- all'impianto allarmi di sicurezza, in particolare, con riferimento alla segnalazione esaurimento gas medicali;

- ai controlli periodici e al monitoraggio ambientale.

dovranno essere definite dalle regioni tenuto conto della qualifica prestazionale della sala operatoria assumendo come riferimento i corrispondenti locali chirurgici dove si effettuano prestazioni di day surgery.

Le regioni disciplinano ulteriori aspetti relativi alla qualità e alla sicurezza non trattati nel presente documento.

LEGGE REGIONALE 12 novembre 1994, n. 26
Istituzione delle Unità Sanitarie Locali ed Aziende ospedaliere.
(BUR n. 103 del 15 novembre 1994)

Art. 1

1. Agli effetti di quanto previsto dall'art. 3 del decreto legislativo 30.12.92 n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, gli ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali e le rispettive sedi sono quelli definiti dalla legge regionale 13 aprile 1992, n. 3 e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 2

1. In attuazione di quanto previsto all'art. 4, comma 1, del decreto legislativo 30.12.1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con decreto del Presidente della Giunta regionale sono costituite in Azienda ospedaliera con personalità giuridica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica i seguenti complessi ospedalieri, individuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri:

a) Azienda ospedaliera di Catanzaro: Presidio Ospedaliero "A. Pugliese" e Presidio Ospedaliero "G. Ciaccio";

b) Azienda ospedaliera di Cosenza: Presidio Ospedaliero "dell'Annunziata", Presidio Ospedaliero "M. Santo" e Presidio Ospedaliero di Rogliano";

c) Azienda ospedaliera di Reggio Calabria: Ospedali Riuniti "G. Melacrino" "F. Bianchi" e Presidio Ospedaliero "E.Morelli".

2. Con decreto del Presidente della Giunta regionale è costituita in Azienda ospedaliera il Presidio Ospedaliero "Mater Domini" di Catanzaro, in cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Reggio Calabria.

3. Entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge i beni ed il personale da assegnare alle Aziende ospedaliere di cui ai precedenti commi sono individuati con provvedimento della Giunta regionale sentiti i commissari straordinari della Unità Sanitaria Locale interessata, sulla base della proposta formulata da commissari ad acta espressamente incaricati.

Art. 3[1]

Art. 4

1. Con successiva legge, da approvarsi entro il 15 novembre 1994, saranno disciplinati l'organizzazione, il funzionamento, la gestione economico-finanziaria e patrimoniale delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende ospedaliere.

[1] Articolo abrogato dalla L.R. 8 giugno 1996, n. 11

Art. 5

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti del combinato disposto degli articoli 127 della Costituzione e 35 dello Statuto ed entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9
Provvedimento generale recante norme di tipo ordinamentale e finanziario (collegato alla manovra di finanza regionale per l'anno 2007, art. 3, comma 4 della legge regionale n. 8/2002).
(BUR n. 9 del 16 maggio 2007, supplemento straordinario n. 1 del 21 maggio 2007)

(Testo coordinato ed integrato con le modifiche di cui alle ll.rr. 20 giugno 2007, n. 12, 10 luglio 2007, n. 15, 5 ottobre 2007, n. 22, 7 dicembre 2007, n. 24, 28 dicembre 2007, n. 30, 13 giugno 2008, n. 15, 10 luglio 2008, n. 21, 18 luglio 2008, n. 24, 12 dicembre 2008, n. 40, 15 gennaio 2009, n. 1, 12 giugno 2009, n. 19, 19 ottobre 2009, n. 35, 26 febbraio 2010, n. 9, 11 agosto 2010, n. 22, 29 dicembre 2010, n. 34, 7 ottobre 2011, n. 36, 23 dicembre 2011, n. 47, 20 dicembre 2012, n. 66, 27 dicembre 2012, n. 69, 16 maggio 2013, nn. 24 e 25, 8 settembre 2015, n. 16 e 5 agosto 2016, n. 27)

TITOLO I
Misure per lo sviluppo socio- economico e per la razionalizzazione dell'azione pubblica

Art. 1
(Fondo per lo sviluppo)

1. Nel bilancio di previsione della Regione per l'anno 2007 è istituito un Fondo finalizzato al conseguimento degli obiettivi di sviluppo ed equità sociale indicati nel Documento di programmazione economico-finanziaria della Regione.

2. Al Fondo di cui al comma 1 affluiscono:

a) il 60 per cento delle maggiori entrate, rispetto a quelle considerate nel bilancio di previsione per il medesimo anno effettivamente realizzate nel corso dell'anno 2007, a valere sui tributi propri della Regione non gravati da vincoli di destinazione;

b) le somme rese disponibili a seguito della rinegoziazione dei mutui intervenuta in attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 26, comma 3, della legge regionale 11 gennaio 2006, n. 1.

3**.** La Giunta regionale individua con proprie deliberazioni le specifiche tipologie di intervento cui destinare le risorse del Fondo, con priorità per quelle che possono beneficiare di cofinanziamenti da parte di soggetti diversi dalla Regione, nonché le somme da destinare a ciascuna di esse. Le predette deliberazioni sono trasmesse alla Commissione consiliare competente per il parere, da rendere nei successivi trenta giorni. Decorso inutilmente tale termine il parere si intende favorevole. Nel caso di interventi non contemplati dalla legislazione vigente la relativa disciplina è disposta con legge regionale.

Art. 2[1]
(Stazione unica appaltante)

1. Al fine di semplificare e rendere omogenea l'azione amministrativa, nonché per la gestione più uniforme, trasparente e conveniente degli appalti di opere, lavori pubblici e forniture di beni e servizi, è istituita la Stazione unica appaltante (SUA), con sede in Catanzaro.

[1] **Vedi l.r. 7 dicembre 2007, n. 26**

2. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presente legge, presenta al Consiglio regionale una apposita proposta legislativa che, fra l'altro, disciplini:

a) la composizione dell'organismo, prevedendo eventuali forme di coinvolgimento di una rappresentanza del Ministero dell'Interno (Ufficio territoriale del Governo) e della Magistratura contabile od amministrativa, da richiedere ai competenti organi di autogoverno, nonché il reclutamento del personale in via prioritaria mediante distacco da parte degli Enti di cui alla lettera c);

b) le funzioni e le competenze attribuite o devolute alla SUA, ivi compresa la redazione di relazioni semestrali sull'andamento degli appalti e delle forniture, da presentare alla Giunta ed al Consiglio regionale;

c) l'obbligo, per gli organi dell'Amministrazione regionale, le Aziende sanitarie ed ospedaliere, le Aziende regionali e gli Enti strumentali od ausiliari della Regione, di ricorrere, salvo eccezioni adeguatamente motivate, alla SUA per le procedure di predisposizione e di affidamento degli appalti, fino alla stipula del contratto di affidamento, che rimane nella titolarità dell'Ente beneficiario della prestazione;

d) la possibilità di attivare specifiche convenzioni o protocolli d'intesa con altri Enti locali e territoriali calabresi, previa apposita richiesta degli stessi;

e) l'eventuale articolazione dell'organismo in sezioni specializzate per materia e tipologia di appalti;

f) il sistema di monitoraggio e verifica delle procedure di affidamento degli appalti od incarichi comunque rimasti nella disponibilità dei soggetti di cui alla lettera c), anche al fine di prevenire l'esclusione del divieto di frazionamento degli appalti;

g) l'attribuzione alla SUA delle funzioni di Osservatorio sull'andamento dei prezzi di mercato delle opere, beni e servizi oggetto degli appalti di che trattasi.

3. La proposta di legge, presentata dalla Giunta regionale, sarà esaminata con procedura di urgenza, secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento del Consiglio regionale.

4**.** È fatto divieto assoluto di dare corso al rinnovo anche tacito di contratti in essere per l'acquisto di beni e servizi, ancorché tale facoltà sia espressamente prevista dai contratti stessi. Le disposizioni che precedono non si applicano alla convenzione in essere con l'Osservatorio per il turismo di cui al contratto n. 10273 del 5 settembre 2006, di cui si autorizza il rinnovo.

Art. 3
(Riforma di FINCALABRA s.p.a.)

l. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale provvede ad assumere le iniziative necessarie ad acquisire alla Regione le quote azionarie di FINCALABRA s.p.a. detenute da altri soci, anche attraverso la definizione di appositi accordi che, a titolo di

corrispettivo per la cessione, prevedano il coinvolgimento dei soci cedenti quali associati in partecipazione nelle attività da realizzare.
2. A seguito dell'acquisizione delle quote azionarie di cui al comma 1, nell'esercizio dei diritti dell'azionista la Giunta regionale, sentito il parere vincolante della competente Commissione consiliare da rendere entro trenta giorni dalla richiesta, promuove l'adozione delle iniziative dirette a ridefinire il ruolo e i compiti di FINCALABRA s.p.a., nella prospettiva di dotare la Regione di uno strumento tecnico ed operativo per la più efficace attuazione delle politiche regionali di sviluppo socio-economico, con particolare riguardo alla realizzazione di attività e iniziative finalizzate a favorire lo sviluppo del sistema delle P.M.I. operanti nel territorio della Regione Calabria e quindi dell'occupazione, attraverso l'innalzamento dei livelli di competitività, il miglioramento delle condizioni di accesso al credito, la crescita dell'occupazione, la promozione dello sviluppo tecnologico, il sostegno alla internazionalizzazione, la qualificazione delle risorse professionali e manageriali.

3**.** La società di cui al comma 1 assicurerà l'assistenza ed il supporto nei confronti degli enti locali per favorire lo sviluppo locale dei territori, anche in termini di integrazione infrastrutturale, potenziandone la capacità di gestione, informazione e valorizzazione delle aree industriali anche ai fini della predisposizione di piani e progetti da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale. Tali attività sono disciplinate con deliberazione della Giunta regionale, sentito il parere della competente Commissione consiliare, da rendere entro trenta giorni dalla richiesta.

4. I rapporti tra la Regione e FINCALABRA s.p.a sono disciplinati attraverso apposite convenzioni di servizio, da sottoscrivere, sentito il parere della competente Commissione consiliare, che si pronuncia entro trenta giorni dalla richiesta, nell'ambito delle quali sono, tra l'altro, determinati il livello di remunerazione per i servizi resi, nonché le modalità di periodica informazione sullo stato di attuazione delle attività in corso.

5. Fincalabra S.p.A., società di intermediazione finanziaria, per lo svolgimento della propria attività, può assumere partecipazioni finanziarie e strumentali di carattere strategico nel rispetto dei limiti riportati nei punti successivi:

a) le partecipazioni finanziarie devono essere unicamente finalizzate a fornire supporto finanziario alle società partecipate anche nelle forme di "venture capital" o di "seed capital" e non possono prevedere alcuna forma di gestione diretta delle società partecipate;

b) al fine di garantire il rispetto dei principi normativi che regolano il funzionamento di Fincalabra S.p.A., le partecipazioni strumentali in veicoli operativi di carattere strategico devono essere finalizzate all'acquisizione di quote del capitale di imprese e società i cui prodotti e/o servizi integrino i processi produttivi e/o operativi di Fincalabra S.p.A. e devono consentire l'esercizio del controllo societario o garantire il mantenimento di un rapporto organico con !'impresa partecipata[2]*.*

5 bis. L'acquisizione delle partecipazioni strategiche, di cui al comma precedente, lettera b), deve essere debitamente autorizzata con apposita delibera di Giunta.

[2]**Comma così modificato dall'art. 21, comma 1, della L.R. 23 dicembre 2011, n. 47; precedentemente così recitava: «**5. Entro 90 giorni dall'approvazione delle modiche statutarie, FINCALABRA s.p.a provvede ad avviare le procedure per la dismissione delle quote azionarie e delle partecipazioni possedute in altre società ed enti, avvalendosi eventualmente del supporto di società specializzate, il cui corrispettivo graverà a titolo definitivo sulle risorse derivanti dalle dismissioni stesse**.».**

5 ter. La Giunta regionale, entro 60 giorni dalla pubblicazione dalla presente legge, provvede a dettare le linee di indirizzo che consentano l'individuazione delle caratteristiche che le società partecipate da Fincalabra S.p.A. devono possedere al fine dell'attribuzione della rilevanza strategica.

5 quater. Fincalabra S.p.A. dovrà dismettere tutte le partecipazioni che non rientrano in quelle indicate nei commi precedenti.

5 quinques. Nelle sedi e nelle forme attraverso cui si esplica l'esercizio dei diritti dell'azionista, i rappresentanti regionali devono garantire il conseguimento delle disposizioni dettate con il presente articolo. A tale fine, con cadenza semestrale, i predetti rappresentanti regionali devono inviare una relazione, al Dipartimento "Attività Produttive" e al Dipartimento "Controlli", sullo stato di attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo[3].

6. Sono organi di FINCALABRA s.p.a:

a) il consiglio di amministrazione composto da cinque membri, tra cui il Presidente, di cui tre nominati dal Presidente della Giunta regionale, individuati tra persone in possesso di requisiti di elevata professionalità e comprovata esperienza quinquennale nelle materie afferenti alle funzioni di competenza dell'ente due membri, componenti indipendenti, in possesso dei requisiti previsti ai sensi dell'articolo 26 delle disposizioni di cui al decreto legislativo 1 settembre 1993 n. 385 e s.m.i. (T.U.B.), nominati dal Consiglio regionale, che svolgono una funzione di supervisione strategica e vigilano con autonomia di giudizio sulla gestione sociale, contribuendo ad assicurare che essa sia svolta nell'interesse della società e in modo coerente con gli obiettivi di sana e prudente gestione;

b) il collegio sindacale, composto da tre membri effettivi, di cui il Presidente e un membro effettivo nominati dal Consiglio regionale ed un membro effettivo e due supplenti nominati dalla Giunta regionale. Il compenso dei componenti supplenti del collegio sindacale è corrisposto solo in caso di sostituzione di uno o due sindaci effettivi, in misura corrispondente alla durata della sostituzione stessa, e previa decurtazione della medesima somma al componente effettivo sostituito[4].

7. Le modifiche dell'oggetto sociale e della struttura societaria costituiscono giusta causa di recesso da tutti i rapporti patrimoniali in essere, non coerenti con i nuovi e diversi compiti attribuiti a FINCALABRA s.p.a dalla presente legge.

8. Tutte le disposizioni di cui alla legge regionale 30 aprile 1984, n. 7, e successive modifiche ed integrazioni, in contrasto con le modifiche statutarie di cui al comma 5, si intendono abrogate alla data di approvazione delle stesse.

Art. 4

[3] **Commi aggiunti dall'art. 21, comma 2, della L.R. 23 dicembre 2011, n. 47.**

[4] **Comma interamente sostituito dall'art. 11, comma 1 della l.r. 16 maggio 2013, n. 24. Successivamente l'art. 1, comma 1, della l.r. 5 agosto 2016, n. 27, sostituisce la sola lettera b) che precedentemente così recitava: «b.** *il collegio sindacale, composto da tre membri effettivi, di cui il Presidente e un membro effettivo nominati dal Consiglio regionale ed un membro effettivo ed uno supplente nominato dalla Giunta regionale. Il compenso dei componenti supplenti del collegio sindacale è corrisposto solo in caso di sostituzione di un sindaco effettivo, in misura corrispondente alla durata della sostituzione stessa, e previa decurtazione della medesima somma al componente effettivo".*

(Soppressione del1'AFOR)

l. L'Azienda forestale regionale - AFOR è soppressa e posta in liquidazione.

2. (abrogato)[5]

3. Ai fini della definizione dei rapporti attivi e passivi, il Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta regionale, nomina un Commissario liquidatore [6], per la durata di sei mesi, prorogabili per una sola volta di altri sei.

4. Nella medesima deliberazione, la Giunta regionale approva gli indirizzi al Commissario, per la sollecita, efficiente ed economica realizzazione della fase liquidatoria.

5. Gli organi statutari, *il direttore generale e i vice direttori generali*[7] dell'AFOR cessano di diritto dalle loro funzioni alla data di nomina del Commissario liquidatore, che è legittimato a compiere tutti gli atti degli organi ordinari e quelli necessari e connessi alla liquidazione dell'Ente.

6. (abrogato)

7. (abrogato)

7 bis. (abrogato)

7 ter. (abrogato)

8. (abrogato)

9. (abrogato)

10. (abrogato)[8]

---

[5]**Comma abrogato dall'art. 13, comma 10 della l.r. 16 maggio 2013, n. 25; precedentemente così recitava: «**2. Le funzioni amministrative in materia di demanio forestale e forestazione sono trasferite o delegate alle Province; la Giunta regionale adotta apposite deliberazioni concernenti l'individuazione analitica delle funzioni ed i criteri di esercizio delle stesse, riservando a sé quelle concernenti la programmazione, l'indirizzo, il coordinamento e il controllo.**».**

[6]**L'art. 18, comma 1, lett. a), della l.. 27 dicembre 2012, n. 69 sopprime le parole «ed un Vice Commissario con funzioni vicarie».**

[7]**Parole aggiunte dall'art. 18, comma 1, lett. b), della l.r. 27 dicembre 2012, n. 69.**

[8]**I commi dal 6 al 10 sono abrogati dall'art. 13, comma 10 della l.r. 16 maggio 2013, n. 25; precedentemente così recitavano: «**6. Il Commissario liquidatore, entro novanta giorni dall'insediamento, provvede alla redazione di un piano di massima della liquidazione, da approvarsi dalla Giunta regionale, che dovrà prevedere la riscossione dei crediti, l'estinzione dei debiti anche mediante piani di

Art. 5
(Soppressione dell'ARSSA)

1. L'Azienda per lo sviluppo ed i servizi in agricoltura - ARSSA è soppressa e posta in liquidazione con le stesse modalità di cui all'articolo 4. Il piano di liquidazione redatto dal Commissario liquidatore deve prevedere altresì la dismissione e la cessione a terzi delle attività di rilevanza economica e imprenditoriale, ovvero l'acquisizione, anche temporanea, delle stesse, da parte della Regione o di altri Enti o Aziende indicati dalla Giunta regionale.

2. Nell'ambito della liquidazione, il commissario dovrà trasferire all'Ente deputato a svolgere le funzioni di forestazione allorquando costituito, l'intero patrimonio afferente il Polo Soprassuoli Boschivi facente parte del patrimonio dell'ARSSA con il relativo personale preposto, che sarà inquadrato nei ruoli dell'Ente subentrante ed al quale si applicheranno le disposizioni di cui alla legge istitutiva dello stesso[9].

3. (abrogato)

4. (abrogato)

5. (abrogato)[10]

---

rateizzazione, nonché la restituzione o il trasferimento degli immobili all'Amministrazione regionale, che ne potrà curare la cessione secondo le disposizioni di cui all'articolo 13, destinandone il relativo ricavo alla copertura delle passività derivanti dalla liquidazione. 7. Il Commissario provvede inoltre al trasferimento alla Regione dei dipendenti addetti ai servizi amministrativi, mentre gli addetti ai lavori di sistemazione idraulico-forestale sono assegnati in titolarità alle Province, secondo il criterio della residenza del singolo lavoratore, nel rispetto del regime contrattuale in essere alla data del 31 dicembre 2006 e fatto salvo quanto previsto dal successivo articolo 6. Alle Province, secondo il criterio della residenza, sono altresì assegnati in titolarità i lavoratori inseriti nel "Fondo sollievo" alla data del 31 dicembre 2006, sempre nel rispetto del regime contrattuale in essere. 7 bis. I contratti di collaborazione coordinata e continuativa e quelli di assunzione a tempo determinato in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, ivi inclusi i collaboratori a progetto di cui alla delibera del Commissario Liquidatore Afor n. 43 del 29 febbraio 2008, in servizio al 31 maggio 2008, sono trasferiti alle Province, secondo il criterio di residenza. Il rapporto di lavoro è trasferito nello stato di fatto e di diritto in cui si trova e senza interruzione di continuità. 7 ter. I contratti di cui al primo comma dell'art. 25 della legge regionale 13 giugno 2008, n. 15, per come individuato in detto primo comma e purché in essere con l'AFOR alla data del 31 maggio 2008, sono trasferiti alle Province, secondo il criterio di residenza dei soggetti interessati. 8. I lavoratori sono destinati alla realizzazione di progetti, anche su proposta di altri Enti pubblici, particolarmente in materia di uso sostenibile ed efficiente delle risorse ambientali per lo sviluppo, nei settori forestale, demaniale, del riassetto idro-geologico, della gestione dei parchi ed aree protette, della ricognizione degli usi civici, della lotta agli incendi boschivi, da finanziare prioritariamente con fondi della programmazione unitaria 2007-2013 e per i rimanenti costi con fondi trasferiti dallo Stato e regionali, nel rispetto del principio dell'invarianza degli oneri per la Regione. Il personale idraulico-forestale continua ad essere inquadrato nell'attuale comparto contrattuale e non potrà essere inquadrato o trasferito nei ruoli regionali o provinciali. 9. La fase liquidatoria si conclude con l'adozione di un bilancio finale di liquidazione, da approvarsi dalla Giunta regionale, che determina l'estinzione dell'Ente.10. L'insieme dei lavoratori di cui al comma 7 costituisce, nell'ambito di ciascuna Provincia, un bacino ad esaurimento.».

[9]Capoverso aggiunto dall'art. 25, comma 3 della L.R. 13 giugno 2008, n. 15. Successivamente sostituito dall'art. 11, comma 12 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 66 che precedentemente così recitava: «Le attività di ricerca e sperimentazione nel comparto agroalimentare, già esercitate dall'ARSSA, sono realizzate, in convenzione con la Regione Calabria, con il sistema universitario calabrese. È consentita la trasformazione dei rapporti di lavoro da tempo determinato a tempo indeterminato degli addetti ai centri Sperimentali Dimostrativi dell'ARSSA e strutture connesse del comparto agricolo dell'ente, già assunti con contratto di diritto privato a tempo determinato, allorché gli stessi siano impiegati per la realizzazione di specifici progetti finanziati con fondi comunitari, nazionali o interventi di sponda regionali.».

[10]I commi 3, 4 e 5 sono abrogati dall'art. 11, comma 13 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 66, tali commi precedentemente così recitavano: «3. Le funzioni amministrative diverse da quelle di cui al comma 2 sono conferite alle Province, che le esercitano anche in forma associata, permanendo in capo alla Giunta regionale i soli atti di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo, individuati dall'articolo 3 della legge regionale 12 agosto 2002, n. 34. 4. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 3, la Giunta regionale procede al trasferimento di personale proprio o già appartenente all'ARSSA, anche in regime di diritto privato, previa determinazione del contingente necessario. 5. Il personale residuo dell'ente disciolto è trasferito in soprannumero presso la Regione Calabria, permanendo nello status giuridico ed economico precedente.»

6. (abrogato)[11]

Art. 6
(Incentivi per l'esodo al personale degli enti disciolti)

1. Ai dipendenti a tempo indeterminato dei due enti posti in liquidazione ai sensi degli articoli 4 e 5, nonché agli addetti ai lavori di sistemazione idraulico-forestale utilizzati dai Consorzi di bonifica alla data del 31 dicembre 2006, sono concessi incentivi per l'esodo anticipato dall'impiego, secondo procedure che saranno individuate dalla Giunta regionale, sentite le organizzazioni sindacali.

2. Per il finanziamento dell'esodo di cui al comma 1 sono utilizzate prioritariamente le risorse finanziarie rivenienti dal risparmio conseguito sulle erogazioni per spese generali di funzionamento degli enti soppressi e per spese generali sui progetti realizzati dai Consorzi di bonifica, nonché le economie rappresentate dalle somme derivanti dalla riduzione della forza lavoro in conseguenza dell'esodo[12].

Art. 7
(Accorpamento delle ASL)

1. Le undici Aziende sanitarie attualmente presenti sul territorio regionale sono accorpate in cinque Aziende sanitarie locali, che assumono la denominazione di Azienda sanitaria provinciale di Catanzaro, Cosenza, Reggio Calabria, Vibo Valentia e Crotone, il cui territorio di riferimento corrisponde alle attuali circoscrizioni provinciali.

2. Le nuove Aziende subentrano nelle funzioni e nei rapporti attivi e passivi relativi alle Aziende preesistenti, in ragione dell'ambito provinciale di riferimento.

3. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli organi delle Aziende cessano di diritto dalle loro funzioni. Gli organi delle nuove Aziende sono nominati nel termine di trenta giorni dall'avvenuto accorpamento. Sino ad allora, le relative funzioni sono svolte dagli organi già in carica presso le Aziende sanitarie precedentemente istituite presso i capoluogo di Provincia.

4. Gli atti aziendali approvati dalla Giunta regionale restano in vigore, per quanto applicabili, per non oltre sei mesi dall'insediamento dei nuovi organi, data entro la quale dovrà procedersi all'approvazione degli atti delle nuove Aziende.

5. La Giunta regionale adotta ogni altra disposizione esecutiva in epoca antecedente rispetto all'approvazione del Piano Sanitario Regionale 2007/2009.

---

[11] Comma aggiunto dall'art. 13, comma 4 della L.R. 5 ottobre 2007, n. 22. Successivamente abrogato dall'art. 11, comma 13 della L.R. 20 dicembre 2012, n. 66 che precedentemente così recitava: «6. Il personale di cui al comma 5 potrà essere inoltre assunto, con il consenso dello stesso, da Enti pubblici o privati diversi dalle Province che ne facciano richiesta, previa stipula di apposite convenzioni con il Dipartimento regionale competente, le quali potranno prevedere forme di incentivazione economica a fronte di un piano di utilizzo. I contratti di collaborazione in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, del personale addetto ai servizi amministrativi, sono trasferiti agli enti gestori.».

[12] Comma sostituito dall'art. 53, comma 1 lett. a), della L.R. 12 giugno 2009, n. 19.

6. L'attuazione delle disposizioni che precedono avviene, limitatamente alle Aziende sanitarie n. 9 di Locri e n. 11 di Reggio Calabria, previo accordo con il Ministero dell'interno. *Se l'accordo con il Ministero dell'Interno non è più necessario, l'accorpamento delle Aziende sanitarie n. 11 di Reggio Calabria e n. 9 di Locri avviene entro il 31 gennaio 2012, attraverso la nomina dell'organo di vertice della nuova Azienda sanitaria, il cui territorio di riferimento corrisponde alla circoscrizione provinciale di Reggio Calabria e, ove necessario, attraverso la nomina dei commissari liquidatori delle Aziende preesistenti*[13].

Art. 8
(Riduzione delle spese per locazioni passive)

l. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale definisce, anche tenendo conto degli effetti derivanti dal trasferimento di personale agli enti locali, un piano di razionalizzazione degli spazi utilizzati quali sedi di uffici dell'amministrazione regionale e di riduzione della spesa per locazioni passive.

2. E' fatto divieto assoluto di dare corso alla stipulazione, ovvero alla proroga ove consentita, ovvero al rinnovo anche tacito ove espressamente previsto, di contratti di locazione passiva in assenza di previa verifica di indisponibilità, allo scopo, di beni demaniali o patrimoniali della Regione.

Art. 9
(Riduzione delle spese per consulenze, comitati e commissioni)

l. La Regione assume il principio della riorganizzazione di tutte le attività individuate nel presente articolo in funzione del perseguimento di obiettivi di economicità, razionalizzazione e congruità rispetto a tutte le sue articolazioni interne ed esterne.

2. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale e l'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale, nonché gli amministratori dei soggetti di cui al comma 3, con provvedimento amministrativo provvedono:

a) ad accertare la perdurante utilità di incarichi professionali, studi, consulenze, comitati, commissioni ed organismi collegiali di qualsiasi natura operanti nell'ambito delle organizzazioni regionali;
b) a diminuire il numero dei componenti degli organismi di cui alla lettera a) salvo che la determinazione del numero dei componenti. non derivi dall'obiettiva, accertata necessità di avvalersi di
professionalità diversificate;
c) a ridurre l'importo di indennità ed eventuali gettoni di presenza spettanti ai predetti componenti, fermo restando il divieto di procedere per il triennio 2007-2009 ad aggiornamenti di ogni tipo di compenso, ancorché soggetto ad incremento per variazione del costo della vita;
d) a ridurre la spesa per il funzionamento degli organismi di cui alla lettera a), anche attraverso la messa in comune dei supporti organizzativi e di segreteria.

[13] **Periodo aggiunto dall'art. 40, comma 1, della L.R. 23 dicembre 2011, n. 47.**

3. Le norme di cui al presente articolo si applicano anche nei confronti di enti, agenzie, aziende regionali, ivi comprese quelle sanitarie ed ospedaliere.

4. Gli organismi per i quali non siano stati accertati i requisiti di cui al comma 2, lettera a), sono soppressi.

5. Dall'attuazione di ciascuna delle misure di cui ai commi 2, 3 e 4 deve conseguire una economia di spesa non inferiore al 20 per cento di quella sostenuta mediamente per le medesime finalità nell'anno 2006, fatto salvo il caso di dimostrate economie già conseguite.

6. I soggetti di cui al comma 3, qualora non vi provvedano in sede di bilancio di previsione per l'anno 2007, sono tenuti a trasmettere al dipartimento regionale Bilancio e Patrimonio copia autentica dei provvedimenti assunti per l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo, muniti della certificazione di asseveramento da parte dei rispettivi Organi di controllo, entro30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, trascorsi infruttuosamente i quali la Giunta regionale procede alla nomina di commissari ad acta.

7. Le economie realizzate dalla Giunta e dal Consiglio regionale confluiscono nel fondo di cui all'articolo 1.

8. Nelle sedi e nelle forme attraverso cui si esplica l'esercizio dei diritti dell'azionista, la Regione impronta la propria azione di socio all'obiettivo di conseguire o promuovere l'adesione alle disposizioni e alle misure ed azioni richiamate nel presente articolo e nell'articolo 8, da parte delle Società partecipate o interamente possedute, direttamente o indirettamente, dalla Regione stessa.

Art. 10
(Autorità regionale per la valutazione delle attività di consulenza)
(abrogato)[14]

[14]**Articolo abrogato dall'art. 11, comma 1 della L.R. 7 ottobre 2011, n. 36. Tale articolo precedentemente così recitava: «1. E' istituita l'Autorità regionale per la valutazione dei rapporti di consulenza e professionali esterni retribuiti con la Regione e con gli enti di emanazione regionale. 2. L'Autorità, organo collegiale indipendente e dotata di autonomia organizzativa e finanziaria con sede presso il Consiglio regionale, è costituita dal Presidente e da due componenti, con voto limitato ad uno, nominati ai sensi della legge regionale 4 agosto 1995, n. 39, in possesso dei seguenti requisiti: a. provata professionalità con esperienza di incarichi o funzioni istituzionali di rilevante responsabilità; b. non rivestano incarichi pubblici elettivi, cariche di rappresentanza di partiti politici né di organizzazioni sindacali; c. non abbiano intrattenuto rapporti di consulenza, a qualsiasi titolo, con la Regione negli ultimi cinque anni. 3. Il Presidente e i componenti dell'Autorità durano in carica per l'intera legislatura, non possono essere riconfermati ed il rapporto che si instaura con la Regione è di tipo esclusivo. 4. Al Presidente compete una indennità di funzione non superiore al 50 per cento dell'indennità base spettante ai Direttori generali della Giunta regionale, mentre i componenti non possono percepire compensi in misura superiore al 50 per cento di quanto corrisposto al Presidente. 5. L'Autorità definisce con propri regolamenti le norme concernenti l'organizzazione interna, il funzionamento e la gestione delle risorse attribuite, sulla base dei principi di efficienza, efficacia, proporzionalità, trasparenza e contraddittorio. 6. L'Autorità promuove la conoscenza e la diffusione delle tecniche più efficaci e delle esperienze migliori che si offrono nel panorama internazionale, nel campo della valutazione dell'efficienza e produttività delle pubbliche amministrazioni. 7. L'Autorità svolge le funzioni di valutazione, di indirizzo e supporto anche agli Enti locali e Aziende sanitarie e ospedaliere che ne facciano richiesta e previa stipula di apposita convenzione che ne regoli il rapporto. 8. E' fatto obbligo ai Direttori generali dei dipartimenti, degli enti strumentali e partecipati**

Art. 11
(Aziende, Agenzie e partecipazioni regionali)

l. L'Agenzia istituita ai sensi dell'articolo 12, comma 3, della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18, e successive modificazioni e integrazioni, è soppressa.

2. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della Commissione consiliare competente, adotta apposito disciplinare per l'esercizio delle attività di cui all'articolo 12, comma 3, della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18.

3. Fermo restando il sostegno finanziario della Regione, le funzioni svolte dalle Aziende regionali per il diritto allo studio istituite ai sensi della legge regionale 10 dicembre 2001, n. 34, e successive modificazioni e integrazioni, sono trasferite alle Università territorialmente competenti sulla base di apposite convenzioni sottoposte all'approvazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore competente. Le predette convenzioni dovranno prevedere la rendicontazione annuale degli obiettivi e dei risultati raggiunti da trasmettere al competente dipartimento regionale. Con la conseguente estinzione delle Aziende regionali cessano gli effetti dei contratti e di ogni altra convenzione stipulata dalle soppresse Aziende regionali, eccetto quelli fatti salvi nelle suddette convenzioni[15].

4**.** A decorrere dalla data delle predette convenzioni, le Aziende di cui al comma 3 sono soppresse. *Dalla stessa data la Giunta regionale è autorizzata a trasferire gratuitamente in proprietà all'università di Reggio Calabria l'immobile dell'ARDIS di Reggio Calabria con vincolo di destinazione a casa dello studente e con obbligo di restituzione ove, per qualsiasi causa, cessi lo svolgimento delle funzioni da parte della stessa Università*[16].

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale è autorizzata a definire un piano per la dismissione delle quote azionarie detenute nelle società COMAC, COMALCA e COMARC.
Le conseguenti procedure di dismissione sono attivate nei trenta giorni successivi, avvalendosi di società specializzate il cui corrispettivo graverà a titolo definitivo sulle risorse rivenienti dalle dismissioni stesse [17].

5bis. All'atto della chiusura del procedimento di liquidazione dell'Azienda regionale per il diritto allo studio (ARDIS) di Catanzaro, il personale dipendente dalla stessa con contratto di lavoro a tempo indeterminato è trasferito, mantenendo la posizione giuridica ed economica in godimento, all'Azienda

---

dalla Regione, delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, entro trenta giorni dall'insediamento dell'Autorità, di trasmettere gli atti relativi a tutti gli incarichi di cui al comma l già conferiti alla data di entrata in vigore della presente legge; per quelli conferiti successivamente la trasmissione degli atti deve avvenire nei dieci giorni successivi alla stipula. 9. E' fatto obbligo all'Autorità di segnalare alla Giunta regionale la situazione e il rendimento di tutti gli incarichi e in presenza di accertata inadeguatezza del soggetto incaricato ne propone la revoca ovvero la eliminazione di quelli ritenuti inutili. 10. E' in ogni caso vietato il cumulo degli incarichi di cui al comma 1, a qualunque titolo conferiti; l'accertata esistenza di più conferimenti va rimossa entro trenta giorni dall'insediamento dell'Autorità, trascorsi infruttuosamente i quali la Giunta regionale provvede d'ufficio a suo insindacabile giudizio. 11. La Giunta regionale assicura risorse umane e finanziarie per il buon funzionamento dell'Autorità. 12. L'Autorità trasmette semestralmente al Consiglio regionale idonea relazione sulla propria attività.».
[15] Comma così modificato dall'art. 40 comma 1 della L.R. 13 giugno 2008, n. 15.
[16] Parole aggiunte dall'art. 53, comma 1 lett. b), della L.R. 12 giugno 2009, n. 19.
[17] Vedi L.R. 5 ottobre 2007, n. 22, art. 11, comma 5.

Calabria Lavoro che ne dispone l'utilizzo in proprio o presso la Regione e gli altri Enti strumentali, vigilati e controllati, mediante stipula di apposite convenzioni.[18]

5ter. Alla copertura degli oneri finanziari derivanti dalla corresponsione del trattamento economico, ammontante a regime ad euro 421.709,62, provvede annualmente la Regione Calabria con apposito stanziamento. Per le annualità comprese nel bilancio pluriennale 2015-2017 la copertura della spesa, quantificata per l'anno 2015 in euro 194.635,21 e, per gli anni 2016 e 2017 in euro 421.709,62, è garantita con le risorse allocate al capitolo U0331310901 (UPB U.004.002.002.002), la cui disponibilità è contestualmente ridotta dello stesso importo per ciascuno degli anni considerati. [19]

5quater. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le conseguenti variazioni al documento tecnico previsto dall'articolo 10 della legge regionale 4 febbraio 2002, n.8 (Ordinamento del bilancio e della contabilità della Regione Calabria). [20]

6. L'esame dei bilanci di società partecipate e di enti strumentali regionali, nonché dei piani e dei programmi, trasmessi al Consiglio regionale ai sensi della vigente normativa per la definitiva approvazione, avviene secondo la procedura di priorità di cui all'articolo 68 del Regolamento consiliare, in deroga al numero massimo di tre proposte al mese, di cui alla medesima norma.

7. L'articolo 8, comma 1, della legge regionale 24 dicembre 2001, n. 38, è sostituito dal seguente:
"1. Il Comitato direttivo, presieduto dal Presidente del Consorzio, è composto da un numero variabile da tre a cinque membri di cui uno nominato dal Presidente della Giunta regionale. I Presidenti in carica, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, convocano le Assemblee generali per l'adeguamento degli statuti. Le Assemblee sono altresì convocate entro 30 giorni dalla data di modifica degli statuti per l'elezione dei nuovi Comitati Direttivi. Decorsi inutilmente i predetti termini, agli adempimenti in questione provvedono, in via sostitutiva, commissari ad acta nominati dalla Giunta regionale".

8. In recepimento dell'articolo unico, comma 734, della legge finanziaria statale per il 2007, non può essere nominato amministratore di ente, istituzione, azienda pubblica, società a totale o parziale capitale pubblico, facenti capo all'organizzazione della Regione Calabria, chi, avendo ricoperto incarichi analoghi nei cinque anni precedenti, abbia chiuso in perdita tre esercizi consecutivi.

Art. 12
(Ricognizione dei beni immobili)

1. I beni della Regione sono iscritti nei seguenti inventari:
a) inventario dei beni demaniali;
b) inventario dei beni immobili patrimoniali;
c) inventario dei beni mobili patrimoniali di uso durevole;
d) inventario automezzi, veicoli, natanti ed altri beni iscritti nei pubblici registri.

2. Gli inventari di cui al comma 1 sono tenuti e costantemente aggiornati, attraverso la registrazione di ogni variazione intervenuta, dalle competenti strutture del Dipartimento Bilancio e Patrimonio, per ciò

[18] **Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1 della L.R. 8 settembre 2015, n.16.**
[19] **Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1 della L.R. 8 settembre 2015, n.16**
[20] **Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1 della L.R. 8 settembre 2015, n.16**

che attiene a quelli di cui alle lettere a) e b), e del Settore Economato, per ciò che attiene a quelli di cui alle lettere c) e d).

3. Gli inventari di cui al comma 1, lettere a) e b), espongono di norma i seguenti dati:
a) l'ubicazione, la consistenza, la qualità;
b) i riferimenti catastali e le destinazioni d'uso;
c) i titoli di provenienza;
d) i valori catastali aggiornati;
e) gli usi assentiti e le relative durate;
f) i redditi prodotti.

4. 1 commi da 1 a 6 dell'articolo 4 della legge regionale 26 agosto 1992, n. 15, sono abrogati.

5. Al fine di consentire una compiuta e aggiornata azione di verifica, consolidamento ed integrazione dei dati inclusi o da includere negli inventari di cui al comma 1, lettere a) e b), entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i responsabili dei Dipartimenti regionali raccolgono e trasmettono al Dipartimento Bilancio e Patrimonio ogni informazione e documentazione a qualsiasi titolo detenuta dagli uffici rispettivamente dipendenti in ordine ad immobili rientranti tra quelli di cui alle predette lettere.

6. Per le medesime finalità di cui al comma 5, agli adempimenti ivi stabiliti provvedono altresì, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, in relazione a beni del demanio e del patrimonio immobiliare della Regione utilizzati sulla base di concessioni o a qualsiasi altro titolo, i seguenti soggetti:
a) enti locali ;
b) enti, agenzie e aziende regionali, ivi comprese quelle sanitarie;
c) società partecipate dalla Regione, direttamente o attraverso altre società partecipate o enti regionali ;
d) associazioni, fondazioni ed enti, pubblici e privati, destinatari di finanziamenti regionali.

7.[21] *(Abrogato)*

8. I soggetti pubblici e privati che, in assenza di titoli giuridici validi, utilizzino beni del demanio e del patrimonio immobiliare della Regione nonché ogni altro bene trasferito alla Regione per effetto dei decreti del Presidente della Repubblica nn. 1, 2, 3, 4 e 5 del 14 gennaio 1972 e nn. 6, 7, 8, 9, 10 e 11 del 15 gennaio 1972, ovvero riconducibile al patrimonio regionale in virtù di ogni altra normativa statale o regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge possono fare istanza alla Regione per la regolarizzazione degli utilizzi in atto. La mancata produzione di istanza entro il predetto termine costituisce ad ogni effetto manifestazione negativa di volontà in ordine alla prosecuzione dell'utilizzo del bene.

Art. 13
(Valorizzazione e dismissione dei beni immobili)

[21] **Comma abrogato dall'art. 4, comma 1 della L.R. 11 agosto 2010, n. 22, il comma precedentemente così recitava: «Tutti i beni immobiliari facenti parte del patrimonio della Regione sono indisponibili, ferma restando la facoltà della Giunta regionale di dichiararne la disponibilità anche ai fini delle disposizioni di cui alla presente legge».**

l. Al fine di favorire la razionalizzazione, l'economica gestione e la dismissione dei beni immobili della Regione, la Giunta regionale provvede:

a. *entro il 31 dicembre 2008*[22] dalla data di entrata in vigore della presente legge, a definire un primo elenco tra i beni già inseriti nel conto del patrimonio, ovvero che risultino censiti sulla base di apposita attività di ricognizione e accertamento, che non rivestano natura di utilità, funzionalità o strumentalità rispetto alle attività della Regione;
b. all'alienazione:
- di beni del patrimonio immobiliare di cui alla lettera a);
- di altri beni individuati attraverso successivi elenchi;
- di diritti reali sui suddetti beni patrimoniali.

2. L'alienazione o la gestione dei suddetti beni avverrà sulla base di procedimenti che saranno avviati dalla Regione nel rispetto della vigente normativa comunitaria a nazionale. Per l'individuazione e lo svolgimento di tali procedimenti, la Regione è autorizzata ad avvalersi delle necessarie risorse umane e professionali anche mediante la stipula di apposite convenzioni, nel rispetto delle normative nazionali e comunitarie.[23]

3. Le somme derivanti dalla dismissione o dalla economica gestione dei beni di cui al comma 1 confluiscono ad apposito fondo da istituire nello stato di previsione della spesa del bilancio della Regione per essere destinate, in via esclusiva, alla realizzazione di investimenti di pubblica utilità. L'utilizzazione del fondo ha luogo secondo le modalità di cui all'articolo 1, comma 3.

4. Gli enti strumentali della Regione non possono procedere all'acquisizione, all'alienazione o alla locazione di beni immobili senza l'autorizzazione della Giunta regionale.

Art. 14
(Riscossione di tariffe)

1. La riscossione dei crediti vantati dalla Regione per somministrazione di acqua per uso idropotabile, per i quali entro il 30 settembre 2007 [24] non venga presentato il piano di estinzione del debito ai sensi dell'art. 37 bis della legge regionale 17 ottobre 1997, n. 12 e successive modificazioni ed integrazioni, da approvarsi con deliberazione della Giunta regionale entro i venti giorni successivi alla presentazione, è effettuata ai sensi dell'art. 40 bis della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8.

2. Le disposizioni di cui al comma l si applicano anche qualora il comune debitore non rispetti le scadenze dei pagamenti delle rate annuali indicate nel piano di estinzione del debito ovvero non provveda ai pagamenti delle annualità successive a quelle comprese nel piano medesimo.

[22] Comma così modificato dall'art. 25 comma 4, della L.R. 13 giugno 2008, n. 15, che sostituisce le parole "entro sessanta giorni" con le parole "entro il 31 dicembre 2008".
[23] Comma così sostituito dall'art. 11, comma 4 della L.R. 5 ottobre 2007, n. 22
[24] Termine così differito dall'art. 11, comma 3 della L.R. 5 ottobre 2007, n. 22

3. L'ingiunzione è adottata nella forma del decreto del Dirigente generale del Dipartimento regionale dei lavori pubblici, che si avvale, per le attività istruttorie, di So.Ri.Cal. s.p.a., in base a quanto previsto dalla vigente convenzione. [25]

Art. 15
(Rispetto del patto di stabilità)

1. Al fine di assicurare il rispetto degli obblighi derivanti dalle norme relative al patto di stabilità per l'anno 2007 il Dipartimento Bilancio e Patrimonio effettua una verifica straordinaria degli impegni assunti fino alla data del 30 giugno 2007. Sulla base dei risultati di tale verifica, qualora se ne ravvisi la necessità, la Giunta regionale adotta appositi provvedimenti finalizzati a stabilire limitazioni dell'operatività degli stanziamenti iscritti in bilancio, nella misura necessaria a consentire il rientro nei parametri del patto di stabilità.

2. Le delibere e i decreti che comportano impegni a carico di capitoli di spesa correlati ad assegnazioni dello Stato con destinazione vincolata devono essere corredati da una scheda, redatta dai Dipartimenti competenti, relativa allo stato di attuazione dei programmi e progetti relativi alle predette assegnazioni e alla possibilità di effettiva acquisizione delle stesse.

TITOLO II
Disposizioni in materia sanitaria

Art. 16
(Contenimento della spesa sanitaria)

l. Nelle aziende del servizio sanitario regionale l'indizione e l'espletamento di concorsi, le assunzioni, anche a tempo determinato, i trasferimenti, la mobilità, i comandi ed ogni altra forma di copertura di posti della dotazione organica anche mediante forme di lavoro flessibile, collaborazione coordinata e continuativa o a progetto, sono soggette a preventiva autorizzazione regionale.

1bis. L'immissione in servizio dei vincitori di procedure selettive previamente autorizzate, avviene senza ulteriore autorizzazione regionale, purché entro e non oltre un anno dall'autorizzazione, ferma restando la verifica della disponibilità finanziaria.[26]

2. Le assunzioni, i trasferimenti, la mobilità, i comandi e tutte le altre forme di utilizzazione di personale previste dal comma 1, che vengano disposti in assenza di autorizzazione regionale sono nulli di diritto, fatta salva l'applicazione dell'articolo 2126 del codice civile e sono valutati ai fini della mancata conferma, revoca o decadenza del Direttore generale; il Dipartimento regionale della tutela della salute cura la trasmissione dei relativi atti e provvedimenti alla Procura regionale presso la Corte dei Conti, per la valutazione di competenza.

[25] Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 10 luglio 2007, n. 15 che ha soppresso le seguenti parole: "e per la materiale riscossione del credito derivante dal titolo esecutivo".
[26] Comma aggiunto dall'art. 4, comma 1 della L.R. 15 gennaio 2009, n. 1.

3. Per tutte le forme di copertura di posti della dotazione organica di cui al comma 1, l'autorizzazione regionale è concessa, tenuto conto delle necessità di assicurare i livelli essenziali di assistenza e della situazione economica finanziaria di ciascuna azienda, dalla Giunta regionale in sede di approvazione dei piani attuativi o dei programmi annuali di attività. Qualora i trasferimenti, le mobilità, i comandi e le assunzioni a tempo determinato non siano stati previsti nei piani attuativi o nei programmi annuali, l'autorizzazione regionale può essere concessa, in relazione a comprovate necessità assistenziali, con determinazione non delegabile del Dirigente generale del Dipartimento tutela della salute.

4. Le disposizioni dei commi precedenti si applicano anche al conferimento o rinnovo di consulenze esterne, di qualsiasi tipologia, alle progressioni verticali disciplinate dai contratti collettivi ed agli incarichi dirigenziali di struttura complessa. E' comunque fatto salvo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

5. Le autorizzazioni concesse prima del 1° gennaio 2007, in qualunque forma, alla copertura dei posti in dotazione organica e non ancora eseguite,devono essere sottoposte a conferma. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le Aziende del Servizio Sanitario, ove permanga la necessità di copertura, inviano apposita richiesta al Dipartimento regionale tutela della salute, che provvede all'istruttoria ed al rilascio dell'autorizzazione entro i successivi sessanta giorni; decorso tale termine, le autorizzazioni si intendono comunque confermate.

6. Alle assunzioni nelle Aziende del Servizio Sanitario Regionale non si applicano le procedure di mobilità di cui all'articolo 7 della legge 16 gennaio 2003, n. 3.

7. All'art. 31, comma 10, della legge regionale 21 agosto 2006, n. 7 sono abrogate le parole "per ciascuna azienda sanitaria".

8. L'articolo 13 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 9[27] si interpreta nel senso che, ai fini del contenimento della spesa farmaceutica, la Giunta regionale può, in ogni tempo e secondo le valutazioni del caso, adottare uno o più provvedimenti tra quelli ivi previsti, ovvero revocare o modificare i provvedimenti già assunti.

9. Il termine previsto dall'art. 5 della legge regionale 16 febbraio 2005, n. 2 è prorogato di ventiquattro mesi.

10. Gli atti aziendali approvati dalla Giunta regionale non possono essere modificati prima dell'entrata in vigore del Piano Sanitario Regionale 2007/2009, da approvarsi comunque entro il 30 settembre 2007, fatti salvi casi eccezionali ed imprevedibili, opportunamente motivati.

Art. 17
(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale)

1. L'articolo 5 della legge regionale 19 marzo 2004, n. 11, è così sostituito:
"Articolo 5"
1. E' istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

[27] Leggasi legge regionale 7 agosto 2002, n. 29

2. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.
3. La Conferenza è così composta:
a) assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, chela presiede;
b) presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie;
c) sindaci, o loro delegati, delle città capoluogo di provincia, se non presidenti di conferenza dei sindaci;
d) quattro rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali, dei quali uno dell'ANCI, uno dell'UPI, uno dell'UNCEM ed uno della Lega delle autonomie;
e) presidenti delle province, o loro delegati, limitatamente alla trattazione delle materie socio-sanitarie.
4. Se richiesti, partecipano ai lavori della Conferenza, senza diritto di voto, il Dirigente generale del Dipartimento regionale tutela della salute, nonché i Direttori generali delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere.
5. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,l'Assessore regionale alla tutela della salute procede all'insediamento della Conferenza, che provvede all'approvazione del regolamento di funzionamento. Fino all'approvazione del regolamento si applica il regolamento del consiglio comunale della città capoluogo di regione.
6. La Conferenza esprime i pareri e svolge le funzioni previste dal Piano regionale per la salute.
7. Il Dipartimento regionale della sanità assicura le attività di supporto logistico e di segreteria necessarie per il funzionamento della Conferenza.
8. E' abrogato l'articolo 17 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29.".

Art. 18
(Servizi psichiatrici di diagnosi)

1. I Servizi psichiatrici di diagnosi e cura delle Aziende ospedaliere sono trasferiti alle corrispondenti Aziende sanitarie ed afferiscono ai rispettivi Dipartimenti di salute mentale, mantenendo la loro collocazione in aree di pertinenza delle aziende ospedaliere.

2. Il personale medico, infermieristico e del ruolo tecnico in servizio, alla data di entrata in vigore della presente legge, presso i servizi di cui al comma 1 è trasferito alle corrispondenti Aziende sanitarie ed assegnato al Dipartimento di salute mentale.

3. In sede di riparto del fondo sanitario regionale sono assegnate alle Aziende sanitarie le quote di finanziamento relative al funzionamento dei servizi di cui al comma 1.

4. I posti letto di psichiatria delle Aziende ospedaliere previsti dalla tabella n. 7 del vigente Piano regionale della salute, come modificata dall'articolo 14 della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18, sono attribuiti alle corrispondenti Aziende sanitarie.

Art. 19
(Strutture sanitarie)

1. Il termine di cui all'articolo 15, comma 6, della legge regionale 26 giugno 2003, n. 8, è prorogato al 30 giugno 2008.

2.

3. [28]

4. La Giunta regionale, al fine di assicurare la rispondenza alle sopravvenute esigenze territoriali e funzionali, è autorizzata a rifinalizzare l'utilizzo delle strutture sanitarie territoriali realizzate con i fondi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e non ancora attivate, ferma restando la permanenza dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento.

5. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di bilancio, è autorizzata ad erogare annualmente e a partire dall'anno 2007, previo prelievo dalla quota di fondo regionale sanitario destinato alla ricerca, la somma di euro 500.000,00 a favore dell'Azienda sanitaria competente per territorio, da assegnare al Centro Regionale di Neurogenetica, istituito con legge regionale 10 dicembre 1996, n. 37, per le attività di ricerca scientifica. La predetta Azienda sanitaria è tenuta a rendicontare l'impiego delle risorse entro sessanta giorni dalla chiusura dell'esercizio finanziario di riferimento.

TITOLO III
Disposizioni in materia di lavoro

Art. 20 [29]
(Interventi in materia di lavoro precario)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale definisce ed approva un piano di stabile assunzione, presso l'Amministrazione regionale e i suoi enti strumentali ed ausiliari, dei lavoratori impegnati in lavori socialmente utili e di pubblica utilità presso gli uffici regionali alla data del *19 gennaio 2007*. [30]

2. Il piano vincola i soggetti di cui al comma 1 ad inserire, in favore dei predetti lavoratori, una quota di riserva non inferiore al 50 per cento dei posti individuati in concorsi banditi o da bandire, nonché a destinare ai datti lavoratori i posti per i quali si può procedere ad assunzione attraverso le liste del collocamento.

3. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale predispone una organica ricognizione di ogni altra forma di precariato lavorativo esistente in ambito regionale, nonché di tutte le opportunità, di carattere anche finanziario, offerte dalle vigenti normative ai fini della relativa stabilizzazione. Sulla base dei risultati di tale attività la Giunta regionale approva con propria deliberazione, sentito il parere della competente Commissione consiliare, un conseguente piano di azione contenente l'insieme delle misure e delle iniziative, ove del caso anche di natura normativa, da adottare già a decorrere dall'anno 2007. Fino all'approvazione del predetto piano non si dà luogo all'adozione di nuove procedure concorsuali, fatte salve quelle dirette ad attivare le risorse del Fondo unico per l'occupazione entro il previsto termine del 30 aprile 2007.

---

[28] Articoli abrogati dall'art. 15, comma 1, tredicesimo trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.

[29] Il Governo, con ricorso n. 33 del 21 luglio 2007, ha impugnato l'art. 20, comma 4, della presente legge, successivamente con dichiarazione del 19 febbraio 2008 ha deciso di rinunciare all'impugnativa del predetto articolo. Con sentenza n. 320 del 30 luglio 2008, la Corte Costituzionale ha dichiarata cessata la materia del contendere.

[30] Comma così modificato dall'art. 25 comma 5, della L.R. 13 giugno 2008, n. 15, che sostituisce le parole "30 novembre 2006" con le parole "19 gennaio 2007".

4. La Regione, anche ai sensi dell'art. 29 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, procede all'affidamento esterno del riordino del patrimonio immobiliare regionale e dei servizi di supporto nelle attività amministrative regionali, con specifico riguardo alle attività ausiliarie. Nelle more dell'affidamento delle gare stesse, che dovranno essere bandite entro il 31 dicembre 2007 i relativi servizi sono prorogati. [31]

Art. 21
(Disposizioni in materia di LSU-LPU)

1. Il termine finale per l'attuazione del piano di stabilizzazione previsto dall'articolo 8 della legge regionale 30 gennaio 2001, n. 4, come modificato da ultimo *dall'art. 55, comma 1, della L.R. 23 dicembre 2011, n. 47 è fissato al 31 dicembre 2014*[32].

2. Alla copertura degli oneri di cui al comma l si provvede con le risorse del Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 28 febbraio 2000, n. 81, e con le risorse regionali determinate con legge finanziaria regionale, allocate all'UPB 4.3.02.02 (capitoli 2323214 e 43020209) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007. Alle medesime finalità é destinata la somma di euro 35.000.000,00 a valere sulle risorse del Fondo di cui all'articolo1 della presente legge.

3. La Giunta regionale è autorizzata a detrarre in compensazione dalle somme da erogare per l'anno 2007 agli enti sottoscrittori di apposite convenzioni per l'attuazione delle finalità di cui alle leggi regionali 30 gennaio 2001, n. 4, e 19 novembre 2003, n. 20, le risorse attribuite in applicazione di leggi regionali e non utilizzate dagli enti medesimi.

4. La somma di euro 8.750.000,00 - destinata ai sensi della legge regionale 19 novembre 2003, n. 20, ad azioni politiche attive per la stabilizzazione occupazionale dei bacini dei lavoratori socialmente utili e di pubblica utilità e non utilizzata nel corso dell'esercizio finanziario 2006 – è riprodotta nel bilancio di competenza 2007, con allocazione all'UPB 4.3.02.02 (capitolo 43020213) dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio.

5. Alla legge regionale 19 novembre 2003, n. 20, sono apportate le seguenti modifiche:

a) all'articolo 2, dopo il comma 7 è aggiunto il seguente: "7-bis. E' consentito il riutilizzo di soggetti disoccupati, con almeno tre anni di anzianità nel bacino, che non abbiano usufruito dei benefici di cui all'articolo 6, comma 1, lettere a) e b)";

b) l'articolo 4, comma 1, è sostituito del seguente: "1. La Giunta regionale, sentita la Commissione Regionale Tripartita di cui all'articolo 6 della legge regionale 19 febbraio 2001, n. 5, approva: un Piano triennale coerente con la programmazione regionale; un Piano annuale di attuazione.";

c) all'articolo 4, comma 4, le parole "Consiglio regionale" sono sostituite dalle parole "Giunta regionale";

d) all'articolo 6, comma 1, lettera c), l'importo "30.000,00" è sostituito dall'importo "40.000,00".

6. Dall'applicazione delle disposizioni di cui al comma 5 non possono derivare nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale rispetto a quelli considerati nel bilancio a legislazione vigente.

---

[31] **Comma così modificato dall'art. 1 della L.R. 12/2007 e successivamente sostituito dall'art. 1, comma 1 della L.R. 24/2007.**
[32] **Termine differito dalle LL.RR. 34/2010 e 47/2011.**

Art. 22
(Stabilizzazione dei lavoratori precari nelle imprese)

1. La Regione Calabria sostiene le strategie di politiche attive per il lavoro teso a sviluppare le misure finalizzate all'incremento dell'occupazione ed alla stabilizzazione dei lavoratori precari nelle imprese calabresi.

2. A tal fine è istituito un fondo per il sostegno all'inserimento lavorativo e la stabilizzazione occupazionale, finalizzato a sostenere la competitività di settori strategici quali le ICT, i nuovi bacini d'impiego, l'Ambiente e il comparto Moda.

3. Il fondo di cui al comma 2 opera ad integrazione della vigente normativa di incentivazione alle assunzioni nel Mezzogiorno, estendendone i benefici per i 3 anni successivi alle forme ordinarie già disposte.

4. L'erogazione degli aiuti potrà avvenire su richiesta dei soggetti beneficiari, mediante accredito agli enti previdenziali.

5. La Giunta regionale è autorizzata entro novanta giorni ad approvare il Regolamento di attuazione della presente norma.

6. All'alimentazione del fondo si provvede con le risorse derivanti dai Regolamenti Comunitari vigenti in materia di aiuti all'occupazione, ed in particolare dal Regolamento CE n. 2204/2002 del 12/12/2002 e successive proroghe o integrazioni, nonché con una quota parte delle risorse del fondo di cui all'articolo 1 della presente legge.

TITOLO IV
Disposizioni per l'attivazione dei fondi comunitari

Art. 23
(Cofinanziamenti regionali)

1. Le somme stanziate nel bilancio della Regione per finalità riconducibili a quelle considerate nell'ambito dei programmi di intervento finanziati con fondi comunitari sono prioritariamente utilizzate per assicurare il cofinanziamento regionale occorrente per l'attivazione dei fondi stessi.

2. I Dipartimenti Bilancio e Patrimonio e programmazione nazionale e comunitaria provvedono, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ad effettuare d'intesa con i dipartimenti interessati una ricognizione dei capitoli di cui al comma l ed a proporre alla Giunta regionale un piano di utilizzo delle suddette somme, in via esclusiva, per le finalità di cui al medesimo comma sulla base degli interventi previsti dalla programmazione comunitaria.

Art. 24
(Regimi di aiuto)

l. Al fine di sostenere lo sviluppo del sistema produttivo regionale, la Regione Calabria, nelle more dell'approvazione da parte della Commissione Europea del nuovo regolamento di esenzione per

categoria, istituisce regimi di aiuto e strumenti di incentivazione, cofinanziabili con risorse comunitarie, nazionali e regionali, esentati dall'obbligo di notifica di cui all'articolo 88, paragrafo 3, del Trattato CE in quanto emanati in conformità ai Regolamenti comunitari di esenzione vigenti.

2. I regimi di cui al comma 1 riguardano le categorie degli aiuti a favore delle PMI, degli aiuti destinati alla formazione, degli aiuti alla ricerca e sviluppo e degli aiuti destinati all'occupazione e sono definiti in conformità con la Carta degli Aiuti a finalità regionale 2007 - 2013 con gli Orientamenti degli Aiuti a finalità regionale di cui alla GUCE C 54 del 4 marzo 2006 e con i seguenti Regolamenti comunitari di esenzione, la cui validità è stata prorogata al 30 giugno 2008 dal Regolamento (CE) n. 1976/2006 della Commissione del 20 dicembre 2006, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Comunità Europea (GUCE) serie L n. 368 del 23 dicembre 2006: Regolamento (CE) N. 68/2001 della Commissione del 12 gennaio 2001 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato CE agli "aiuti destinati alla formazione" pubblicato nella GUCE serie L n. 10 del 13 gennaio 2001, così come modificato dal Regolamento (CE) n. 363/2004 della Commissione del 25 febbraio 2004 pubblicato nella GUCE serie L n. 63 del 28 febbraio 2004; Regolamento (CE) n. 70/2001 della Commissione del 12 gennaio 2001 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato CE agli "aiuti di Stato a favore delle piccole e medie imprese" pubblicato nella GUCE serie L n. 10 del 13 gennaio 2001, così come modificato dal Regolamento (CE) n. 364/2004 della Commissione del 25 febbraio2004 per quanto concerne l'estensione del suo campo di applicazione agli "aiuti alla ricerca e sviluppo" pubblicato nella GUCE serie L n. 63 del 28 febbraio 2004 e dal Regolamento (CE) n. 1857/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato agli aiuti di Stato a favore delle piccole e medie imprese attive nella produzione di prodotti agricoli e recante modifica del Regolamento (CE) n. 70/2001 pubblicato nella GUCE serie L n. 358 del 16 dicembre 2006; - Regolamento (CE) n. 2204/2002 della Commissione del 12 dicembre 2002 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del Trattato CE agli "aiuti di Stato a favore dell'occupazione", pubblicato nella GUCE serie L n. 394 del 24 dicembre 2002.

3. I regimi di cui al comma 1 potranno prevedere la concessione di aiuti di importanza minore, ovvero "de minimis", nel rispetto del Regolamento (CE) n. I998/2006 della Commissione del 15 dicembre 2006 relativo all'applicazione degli articoli 87 e 88 del trattato CE agli aiuti d'importanza minore "de minimis" pubblicato nella GUCE serie L n. 379 del 28 dicembre 2006.

4. La Giunta regionale, su proposta degli Assessori competenti per materia e sentito il partenariato istituzionale, economico e sociale, definisce i regimi di aiuto e gli strumenti di incentivazione approvando specifiche Direttive di Attuazione redatte sulla base dei limiti previsti dalla "Carta degli aiuti a finalità regionale" vigente per il periodo di programmazione 2007-2013, dei Regolamenti comunitari di cui ai commi 2 e 3, della normativa comunitaria, delle leggi regionali, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 123, e dell'articolo 19 della legge 24 novembre 2000, n. 340.

5. Le Direttive di Attuazione definiscono per ciascun strumento di incentivazione i seguenti elementi:
- oggetto e finalità degli aiuti;
- soggetti beneficiari e condizioni di ammissibilità;
- settori di attività ammissibili;
- tipologie di aiuti ammissibili;
- spese ammissibili;
- forma e intensità di aiuto;
- criteri di valutazione delle domande di agevolazione;

- procedure per la presentazione, valutazione e selezione delle domande di agevolazione;
- procedure per l'erogazione, il monitoraggio e il controllo delle agevolazioni.

6. Le Direttive di attuazione sono trasmesse alla Commissione consiliare competente per materia che esprime il proprio parere vincolante entro trenta giorni, decorsi i quali il parere si intende favorevole.

7. Per il finanziamento degli aiuti di cui al presente articolo sono utilizzatele risorse del:
- POR Calabria 2000-2006, in conformità a quanto previsto dal Programma Operativo e dal Complemento di Programmazione approvati dalla Commissione Europea;
- Bilancio regionale, in conformità con gli indirizzi di spesa;
- POR Calabria FESR 2007-2013, in conformità a quanto sarà previsto dal Programma Operativo approvato dalla Commissione Europea;
- POR Calabria FSE 2007-2013, in conformità a quanto sarà previsto dal Programma Operativo approvato dalla Commissione Europea.

8. Potranno, inoltre, essere utilizzate le risorse individuate in specifici Accordi di Programma Quadro stipulati con lo Stato nonché, attraverso la stipula di specifici Accordi di Programma o procedure di programmazione negoziata, le risorse finalizzate allo sviluppo locale nella disponibilità di altri soggetti pubblici.

9. Per la gestione degli strumenti di agevolazione previsti dal presente articolo possono essere istituiti uno o più fondi presso Istituti di credito o intermediari finanziari da selezionare con procedura di evidenza pubblica.

10. A seguito dell'approvazione del nuovo regolamento di esenzione per categoria da parte della Commissione Europea, la Giunta regionale è autorizzata, sentito il partenariato istituzionale, economico e sociale, ed il parere della competente Commissione consiliare, a porre in atto le procedure per l'aggiornamento e l'adeguamento dei regimi di aiuto e degli strumenti di agevolazione istituiti in forza del presente articolo.

TITOLO V
Disposizioni varie

Art. 25[33]
(Disposizioni in materia di addizionale Irpef)

Art. 26
(Modalità di erogazione delle risorse alle Province)

1. Le risorse finanziarie da erogare in favore delle Province per l'esercizio delle funzioni amministrative loro conferite ai sensi delle leggi regionali 12 agosto 2002, n. 34 e 11 gennaio 2006, n. 1, allocate nelle UPB appositamente istituite nel bilancio regionale e finanziate con quota parte delle entrate autonome, sono trasferite alle stesse direttamente dal Dipartimento Bilancio e Patrimonio, settore Ragioneria Generale[34].

[33] Articolo abrogato dalla L.R. 13 giugno 2008, n. 15, comma 1.
[34] Comma così integrato dall'art. 11, comma 6 della L.R. 5 ottobre 2007, n. 22 e successivamente l'art. 25 comma 6 della L.R. 13 giugno 2008, n. 15, sostituisce la parola "trimestrale" con la parola "semestrale e successivamente sostituito dall'art. 8, comma 1 della L.R. 12 dicembre 2008, n. 40.

2. (abrogato)

3. (abrogato)

4. (abrogato)

5. (abrogato) [35]

Art. 27
(Disposizioni in materia urbanistica)

1. All'articolo 2 delle norme tecniche di Attuazione del PAI[36] (Piano assetto idrogeologico della Calabria) è aggiunto il seguente comma 2 bis:
"2-bis. Per le aree a rischio elevato e molto elevato e per le aree di attenzione, vincolate dal PAI, per le quali gli strumenti urbanistici vigenti prevedono un utilizzo ai fini edificatori, i soggetti interessati possono redigere progetti di messa in sicurezza, corredati da indagini e studi di dettaglio, per eliminare il rischio o ridurlo ad un livello compatibile con l'utilizzo previsto dai suddetti strumenti urbanistici.
Il Comitato Istituzionale dell'ABR, previo parere del Comitato Tecnico della stessa Autorità, delibererà sulla predetta richiesta di riclassificazione condizionandone l'efficacia, in caso di esito positivo, all'esecuzione e collaudo delle opere, così come previste in progetto. La realizzazione di insediamenti sulle aree di cui sopra, potrà avvenire solo dopo la notifica al Comune, da parte dell'ABR, della nuova cartografia del rischio, quale variante della precedente perimetrazione.
Per ottenere detta notifica il Comune interessato dovrà documentare all'Autorità di Bacino l'avvenuta esecuzione e collaudo di tutti gli interventi di messa in sicurezza previsti nel progetto esaminato favorevolmente dalla stessa ABR.
Dopo l'approvazione da parte del Comitato Istituzionale di cui al secondo paragrafo del presente comma, il comune è abilitato a rilasciare autorizzazioni o concessioni ad edificazione sulle aree in oggetto. L'esecutività di tali assensi edilizi è condizionata alla notifica di cui ai due precedenti paragrafi".

2. Alla legge regionale 16 aprile 2002, n. 19 e successive modificazioni ed integrazioni, sono apportate le seguenti modifiche:
- all'articolo 31, comma 1, le parole "individuati nei PAU o nei POT"sono soppresse;
- al comma 7, le parole "del precedente comma 5" sono sostituite dalle parole "dei precedenti commi";
- al comma 7 sono aggiunte in fine le seguenti parole "relativamente al quale il Comune, prima di avviare le procedure previste dal presente articolo, deve applicare le procedure di approvazione previste per i piani attuativi ai sensi della normativa statale e regionale vigente";
- all'articolo 32, comma 3, dopo le parole "gli strumenti di pianificazione negoziata" sono aggiunte "e i comparti edificatori".

[35] Comma così modificato dall'art. 25 comma 7, della L.R. 13 giugno 2008, n. 15, che sostituisce le parole "al primo trimestre" con le parole "al primo semestre" e le parole "al trimestre decorso" con le parole "al semestre decorso" e successivamente abrogati dall'art. 8, comma 6 della L.R. 12 dicembre 2008, n. 40.
[36] Piano approvato con Delibera C.R. 28 dicembre 2001, n. 115 e pubblicato sul BURC n. 5 del 16 marzo 2002, supplemento straordinario n. 6 del 25 marzo 2002.

3. Nelle more dell'approvazione dei PSC, quanto previsto dalle Linee Guida di attuazione della legge regionale 16 aprile 2002, n. 19 e successive modifiche ed integrazioni, è adeguato e modificato ai sensi del precedente comma 2.

4. Sono abrogati tutti i riferimenti alla legge regionale 12 aprile 1990, n. 23 contenuti nella delibera del Consiglio regionale n. 106 del 10 novembre 2006, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria del 4 dicembre 2006, supplemento straordinario n. 1 al n. 22.

Art. 28
(Disposizioni in materia di personale)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale definisce, con propria deliberazione, un piano di trasferimento del personale addetto ai servizi socio-psico-pedagogici, di cui alla legge regionale 5 maggio 1990, n. 57 e successive modifiche ed integrazioni, già destinato ai sensi dell'art. 37 della legge regionale 5 dicembre 2003, n. 23 alle strutture dei servizi sociali degli enti presso cui esso presta servizio, fatta salva la possibilità del comando presso gli enti, diversi dalle Aziende sanitarie, dove attualmente il detto personale si trova occupato.

2. Nell'ambito del piano, sono determinati gli importi da utilizzare in ciascun anno, con carattere decrescente, per le finalità di cui al comma l , a valere sulle somme iscritte alla pertinente UPB 1.2.01.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007, nonché le quote di finanziamento da porre corrispondentemente a carico del fondo indistinto nazionale per le politiche sociali di cui all'UPB 6.2.01.02 (capitolo 4331105) e del fondo sanitario regionale (UBP 6.1 .01 .01 - capitolo 4211103), in relazione alla natura degli interventi prestati.

3. Dall'attuazione delle precedenti disposizioni, deve derivare, nell'anno 2007, una minore spesa, a carico dell'UPB 1.2.01.01 (capitolo 1003123) richiamata al comma 2, pari a euro 5.000.000,00.

4. Le disposizioni della legge regionale 4 aprile 1986, n. 13, e della legge regionale 23 ottobre 2006, n. 10, in conformità alle norme contenute nell'articolo 5, commi 4 e 5, della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18, e nell’articolo 4, comma 1, della legge regionale 2 marzo 2005, n. 8, e successivi atti attuativi, sono estese al personale dipendente dell’Ente Autonomo Fiera di Cosenza in servizio alla data d'inizio della gestione commissariale straordinaria regionale. La Giunta regionale è autorizzata ad adottare i conseguenti provvedimenti per l'attuazione della presente norma.

5. In applicazione dell'articolo 17, comma 11, della legge regionale 12 agosto 2002, n. 34, la Provincia di Vibo Valentia è autorizzata ad assumere le 26 unità di personale risultate idonee alle procedure selettive di cui alla legge regionale 16 marzo 1990, n. 15. I relativi oneri, a decorrere dal 2007, sono posti a carico del bilancio regionale, con le risorse finalizzate alla copertura finanziaria del costo del personale trasferito alle Province ai sensi dell'articolo 17 della legge regionale 12 agosto 2002, n. 34.

6. All'articolo 15, comma 4, della legge regionale 21 agosto 2006, n. 7, sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:
- le parole: "4 unità di personale selezionate dal Ministero dell’Ambiente" sono sostituite dalle seguenti: "12 unità di personale selezionate dal Ministero dell'Ambiente”;
- dopo le parole: "funzionalmente dislocate presso la stessa Agenzia" sono inserite le seguenti: "e presso l'Autorità Ambientale Regionale".

Art. 29
(Disposizioni in materia di enti territoriali)

l. All'articolo 10 della legge regionale 19 marzo 1999, n. 4, il comma 3 è sostituito dal seguente:
"3. Il 'numero dei rappresentanti di ogni Comune nei Consigli delle Comunità montane è determinato in 3 componenti".

2. E' fatto obbligo alle Comunità montane di adeguare la composizione dei Consigli ed i propri Statuti alla disposizione di cui al comma 1 entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge. Decorso tale termine, i rappresentanti dei Comuni nei Consigli delle Comunità montane che siano in numero superiore a quello fissato dal comma l decadono in ogni caso dalla carica. I Comuni interessati provvedono conseguentemente, entro i successivi sessanta giorni, alla elezione dei loro rappresentanti in seno ai Consigli delle Comunità montane, nel rispetto del numero indicato dal comma l.

3. Alla legge regionale del 16 gennaio 1985, n. 3, sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:
- all'articolo 1, comma 1 , è aggiunto in fine il seguente periodo:
"nonché per l'assegnazione degli alloggi residenziali realizzati a seguito degli eventi calamitosi che hanno colpito il territorio calabrese con l'alluvione del 1951 ";
- all'articolo 6 dopo l'ultimo comma è aggiunto il seguente:
"7. In deroga a quanto disposto dai precedenti commi, i requisiti soggettivi per l'assegnazione degli alloggi realizzati in attuazione della legge 10 gennaio 1952, n. 9, sul territorio dei Comuni calabresi sono determinati con apposito regolamento da adottarsi con delibera dei Consigli comunali".

Art. 30[37]
(Abrogato)

Art. 31
(Disposizioni diverse)

1. Alla legge regionale 15 gennaio 1986, n. 2, sono apportate le seguenti modifiche:
   a. l'articolo 3 è abrogato;
   b. all'articolo 5, comma 3, le parole da "Sulla base" a "di cui all'articolo 3" sono sostituite dalle parole "Sulla base dei programmi presentati e delle proposte formulate dalla Consulta regionale antimafia, istituita presso la Presidenza della Giunta regionale, l'Assessore alla Pubblica istruzione definisce entro il 30 giugno un Piano organico di interventi che, su parere vincolante della competente Commissione consiliare, viene approvato dalla Giunta entro il 30 settembre di ogni anno.";
   c. all'articolo 7, comma 2, le parole "Sentito il Comitato di cui all'articolo 3" sono soppresse;
   d. all'articolo 8, comma 1, le parole "del Comitato di cui all'articolo 3"sono sostituite dalle parole "della Consulta regionale antimafia".

2. L'articolo 10, comma 2, della legge regionale 10 dicembre 2001, n. 34, è abrogato.

[37] **Articolo abrogato dall'art. 18, comma 1, lett. b) della L.R. 19 ottobre 2009, n. 35.**

3. All'articolo 22, comma 5, della legge regionale 7 agosto 1999, n. 23, dopo le parole "Arma dei Carabinieri ..." sono aggiunte le seguenti: "al Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco,".

4. Alla legge regionale 11 gennaio 2006, n. l , sono apportate le seguenti modifiche:
il comma 2 dell'articolo 11 è soppresso;
il punto 4 del comma 3 dell'articolo 11 è soppresso;
la locuzione "b)" del comma 1, lettera a), dell'articolo 12 è soppressa;
all'articolo 4 della legge 23 luglio 1998, n. 9 è aggiunto il seguente comma:
"2. Le Province concorrono all'attuazione delle iniziative di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a) e b), della presente legge, nelle forme e nei modi stabiliti nel comitato di coordinamento di cui al successivo articolo 13.".

5. All'articolo 4**,** comma 6, della legge regionale 11 agosto 2004, n. 18, dopo le parole "per il triennio", le parole "2004-2006" sono sostituite dalle parole "2007-2009".

6. All'articolo 16, comma 5, della legge regionale 14 luglio 2003, n. 10, le parole da "viene" fino a "perimetro del parco" sono sostituite dalle seguenti: "e stabilisce la misura del gettone di presenza loro spettante per ogni seduta nella misura non superiore ad euro 150,00 oltre il rimborso di 1/5 del costo di un litro di benzina super moltiplicato per la distanza chilometrica A/R intercorrente tra la sede di residenza e la sede del Parco, se superiore a 10 chilometri.

7. All'articolo 4, comma 1, della legge regionale 6 gennaio 1987, n. 4 le parole "tre anni" sono sostituite dalle parole "cinque anni". La disposizione di cui al presente comma è applicata a partire dalla legislatura in corso.

8. All'articolo 27, comma 6, della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8 le parole "...e non possono modificare il piano di restituzione del capitale" sono sostituite dalle parole: "...né prevedere che i flussi ricevuti dalla Regione Calabria siano diversi da quelli pagati sulla passività sottostante.
Inoltre, i derivati di ristrutturazione della quota capitale dell'indebitamento finanziario non possono prevedere, al momento del loro perfezionamento, un profilo crescente dei valori attuali dei singoli flussi di pagamento" .
9. All'art. 1, comma 3, della legge regionale 16 aprile 2007, n. 7 le parole "All'art. 5, comma 4, della legge regionale 16 marzo 2004, n. 7" sono sostituite dalle parole "All'art. 57, comma 4, della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8, come modificato dall'art. 5, comma 3, della legge regionale 16 marzo 2004, n. 7,".

10. L'articolo11 , comma l , della legge regionale 21 agosto 2006, n. 7 è sostituito dal seguente:
"1. Al fine di sostenere le manifestazioni per la ricorrenza del V centenario della morte e del VI centenario della nascita di San Francesco di Paola, Patrono della Calabria, da realizzarsi nel periodo 2007-2016, previsto dal programma "E' vento di Santo Francesco", la Giunta regionale è autorizzata a definire un programma strategico integrato, finalizzato alla creazione di condizioni per uno sviluppo che valorizzi l'intero territorio regionale, coordinato e diretto dal Presidente della Regione, di concerto con i Dipartimenti competenti, dal Presidente della Provincia, dal Sindaco del Comune di Paola, o da loro delegati, avvalendosi delle strutture degli Enti sopraindicati, in collaborazione con l'Ordine dei Minimi".

11 . All'art. 22 della legge 26 giugno 2003, n. 8 sono apportate le seguenti modifiche:

al comma l , l'ultimo periodo "e, a tal fine, le disponibilità finanziarie dei predetti conti speciali sono iscritte nel conto “Accantonamento spese ex gestioni liquidatorie” è sostituito dal periodo: "e devono formare oggetto, ai sensi dell'ultima parte del comma 1 dell'art. 6 della legge 23 dicembre 1994, n. 724, di una apposita gestione a stralcio che è affidata ai Servizi di ragioneria di ciascuna Azienda Sanitaria, ove confluiscono le disponibilità finanziarie dei predetti conti speciali";

il comma 2 è sostituito dal seguente: "2. La separata rilevazione nei capitoli di bilancio finanziario che saranno appositamente individuati, assicurerà la distinzione economica finanziaria della pregressa gestione rispetto alla gestione corrente di ciascuna nuova ASL. Analogamente, verrà assicuratala rilevazione separata dei risultati della gestione di competenza e di cassa".

12. Alla legge regionale 4 settembre 2001, n. 19 sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:

all'articolo 50, comma 2, lettera d), le parole "le determinazioni dirigenziali" sono sostituite dalle parole "le determine ed i decreti dirigenziali";

all'articolo 50, comma 2, è aggiunta la seguente lettera "e) ogni altro atto che comporti oneri a carico del bilancio regionale”;

all'articolo 51, comma 3, le parole "senza ritardo" sono sostituite dalle parole "entro quindici giorni dall'emanazione"

13. All'articolo 11, comma 2, della legge regionale 19 aprile 1985, n. 18 l'ultimo periodo "rimane di competenza delle UUSSLL" è sostituito dal seguente: "è realizzata dalle Aziende sanitarie ed ospedaliere e dalle istituzioni pubbliche e private accreditate".

14. Alla legge regionale 21 marzo 1983, n. 11 sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:

all'articolo 2, lettera c), le parole " l'università della Calabria sono sostituite dalle parole: "le Università calabresi”;

l'articolo 3 è così sostituito:

"Articolo 3

1. Il funzionamento del Centro è regolato dallo Statuto, da approvarsi, con delibera del Consiglio comunale di Melissa.

2. Lo Statuto di cui al precedente comma è trasmesso per conoscenza al Dipartimento della Cultura della Regione Calabria."

all'articolo 4 le parole "della Regione” sono sostituite dalle parole "del Comune di Melissa".

15. La deliberazione da parte del comune di Melissa ai sensi dell'articolo 3 della legge 21 marzo 1983, n. 11, così come modificato dal precedente comma 14, deve essere adottata entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 32
(Centro agroalimentare)

1. La Giunta regionale, previo parere vincolante della Commissione competente, è autorizzata a procedere alla trasformazione del Centro servizi avanzati ricerca, formazione e sviluppo agroalimentare della Calabria s.p.a. in fondazione onlus, denominata Fondazione Mediterranea Terina onlus, quale centro di ricerca internazionale con il compito di promuovere, sostenere e realizzare attività di ricerca industriale e sviluppo precompetitivo, trasferimento dell'innovazione, alta formazione e diffusione della cultura scientifica con particolare riferimento ai settori agricolo, agroalimentare, agro-industriale ed ambientale.

2. Con apposite convenzioni, da inviare alla competente Commissione consiliare che esprime parere vincolante, sono disciplinati i rapporti tra la Fondazione e la Regione Calabria, sulla base delle somme che verranno stanziate in sede di approvazione di bilanci annuali della Regione per il perseguimento delle finalità istituzionali della stessa Fondazione.

TITOLO VI
Disposizioni di carattere finanziario

Art. 33
(Finanziamenti ad enti locali per investimenti)

1. Al fine di consentire al Comune di Vibo Valentia la realizzazione di un programma di interventi infrastrutturali da destinare al risanamento, riqualificazione e recupero del territorio colpito dall'alluvione del 3 luglio 2006, la Giunta regionale è autorizzata a concedere allo stesso Comune un contributo costante poliennale decorrente dall'esercizio finanziario 2008 di euro 1.500.000,00, finalizzato alla contrazione di uno o più mutui con la Cassa Depositi e Prestiti o con altri istituti di credito abilitati, della durata massima di 25 anni ed allocato all'UPB 3.2.03.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2008 e successivi.

2. Al fine di consentire la realizzazione di un Auditorium in memoria di Angelo Frammartino nel Comune di Caulonia, la Giunta regionale è autorizzata a concedere al suddetto Comune un contributo costante poliennale decorrente dall'esercizio finanziario 2008 di euro *100.000,00*[38] finalizzato alla contrazione di un mutuo con la Cassa Depositi e Prestiti o con altri istituti di credito abilitati, della durata massima di *20 anni*[39], ed allocato all'UPB 3.2.03.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2008 e successivi.

3. Al fine di consentire al Comune di Chiaravalle la ricostruzione della sede del Palazzo Municipale, oggetto di un grave episodio di terrorismo mafioso, la Giunta regionale è autorizzata a concedere allo stesso Comune un contributo costante poliennale decorrente dall'esercizio finanziario 2008 di euro 60.000,00, finalizzato alla contrazione di un mutuo con la Cassa Depositi e Prestiti o con altri istituti di credito abilitati, della durata massima di 10 anni, ed allocato all'UPB 3.2.03.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2008 e successivi.

4. Al fine di consentire ai comuni di Plataci e Torre Ruggiero la realizzazione di programmi di risanamento ambientale, idrogeologico e dimessa in sicurezza del proprio territorio, la Giunta regionale è autorizzata a concedere agli stessi Comuni contributi costanti poliennali decorrenti dall'esercizio finanziario 2008 rispettivamente di euro 150.000,00 ed euro 50.000,00, finalizzati alla contrazione di uno o più mutui con la Cassa Depositi e Prestiti o con altri istituti di credito abilitati, della durata massima di 20 anni, ed allocati all'UPB 3.2.03.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2008e successivi.

[38]L'art. 40, comma 1 della L.R. 27 dicembre 2012, n. 69 sostituisce le parole «euro 200.000,00» con le parole «euro 100.000,00».
[39]L'art. 40, comma 1 della L.R. 27 dicembre 2012, n. 69 sostituisce le parole «dieci anni» con le parole «venti anni».

5. (abrogato)[40]

6.(abrogato)[41]

7. Al fine di garantire la manutenzione straordinaria del sistema di viabilità rurale danneggiato da calamità naturali ed avversità atmosferiche, la Giunta regionale è autorizzata a concedere ai Comuni, singoli o associati, un contributo costante poliennale decorrente dall'esercizio finanziario 2008 di euro 500.000,00 finalizzato alla contrazione di mutui con la Cassa Depositi e Prestiti o con altri istituti di credito abilitati, della durata massima di 15 anni, ed allocato al UPB 2.02.04.07 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2008 e successivi.

8. La concessione dei contributi di cui al comma 7 è subordinata alla definizione di uno specifico programma, da approvarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge con deliberazione della Giunta regionale, che individui, sulla base delle richieste pervenute, i Comuni interessati, la tipologia ed il costo degli interventi, nonché la misura dell'importo massimo del contributo regionale.

9. Al fine di realizzare, sulla base di un programma formulato secondo le indicazioni della Conferenza episcopale regionale e sulla scorta delle istanze pervenute, interventi di ristrutturazione delle opere di culto, la Giunta regionale, è autorizzata a ricorrere all'indebitamento sulla base delle disposizioni di cui al Titolo III della legge regionale 8 febbraio 2002, n. 8.

10. Il mutuo o prestito obbligazionario di cui al comma 9, quantificato nella misura massima di euro 20.000.000,00 - sarà contratto, per una durata massima di anni venti, anche in più soluzioni a mezzo di più atti di erogazione e quietanza, subordinatamente al verificarsi delle condizioni di volta in volta ritenute necessarie dall'Istituto finanziario ai fini del suo intervento.

11. Il piano di riparto ai sensi del comma 10, da approvarsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge con deliberazione della Giunta regionale, previo parere vincolante della competente Commissione consiliare, individua, sulla base delle richieste pervenute, i beneficiari delle risorse, nonché la tipologia ed il costo degli interventi da realizzare.

Art. 34
(Contributi di carattere sociale)

1. La Giunta regionale è autorizzata a concedere un contributo annuale alle sezioni provinciali dell'AISM (Associazione Italiana Sclerosi Multipla), per il tramite della sezione regionale, sulla base delle attività effettivamente svolte.

2. Per l'esercizio finanziario 2007 il contributo di cui al comma 1 è determinato in euro 70.000,00 con allocazione all'UPB 6.2.01.07 (capitolo 62010716) dello stato di previsione della spesa del bilancio medesimo.

3. Alla copertura degli oneri di cui al comma 2 si provvede con la contestuale riduzione dell'UPB 6.2.01.06 (capitolo 62010606) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

---

[40]Comma abrogato dall'art. 3, comma 3 della L.R. 26 febbraio 2010, n. 9.
[41]Comma sostituito dall'art. 2, comma 9 della L.R. 12 giugno 2009, n. 19 e successivamente abrogato dall'art. 3, comma 3 della L.R. 26 febbraio 2010, n. 9.

4. La Giunta regionale è autorizzata a concedere per l'esercizio finanziario 2007 un contributo di euro 10.000,00 all'Associazione Nuovi Sentieri onlus di Reggio Calabria per il raggiungimento degli obiettivi e scopi statutari, con allocazione all'UPB 6.2.01.07 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

5. La Giunta regionale è autorizzata a concedere per l'esercizio finanziario 2007 un contributo di euro 10.000,00 al Centro calabrese di Studi Filosofici Onlus di Reggio Calabria per l'istituzione di un Certamen Campanellino dedicato alla figura del filosofo Tommaso Campanella, con allocazione all'UPB 5.2.01.02 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

Art. 35
(Finanziamenti diversi)

1. Al fine di provvedere al pagamento di debiti pregressi nei confronti di enti, persone fisiche e giuridiche, istituzioni ed organismi vari derivanti da attività dell'Amministrazione regionale accertati e riconosciuti, anche a seguito di transazioni, è istituito, per l'esercizio finanziario 2007, un fondo di euro 1.100.000,00 con allocazione all'UPB 1.2.04.09 (capitolo 12040911) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

2. All'utilizzo del fondo di cui al comma 1 si provvede con una o più delibere della Giunta regionale predisposte sulla base delle richieste inoltrate dai competenti dipartimenti, fermo il disposto di cui all'articolo 23, comma 5, della legge 27 dicembre 2002, n. 289.

3. Una quota parte dei fondi per l'edilizia sovvenzionata già attribuiti alla Regione Calabria ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, allocati all'UPB 3.2.02.01 (capitolo 32020132), è destinata per un importo di euro 10.000.000,00 al Fondo regionale per favorire l'accesso alle abitazioni in locazione, istituito ai sensi dell'articolo 11 della legge 9 dicembre 1998, n. 431, e successive modifiche ed integrazioni, con allocazione all'UPB 3.2.02.06 (capitolo 4344104) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

4. Al fine di procedere alla restituzione delle somme anticipate dal Ministero delle Attività produttive e non rendicontate dal dipartimento competente relative al POM Turismo Sviluppo e Valorizzazione del turismo sostenibile nelle Regioni dell'obiettivo 1 nell'ambito del QCS 1994/1999 – così come specificato nella nota della Presidenza del Consiglio dei Ministri n. 1546594 del 2 novembre 2006 - è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa di euro 248.415,42 con allocazione all'UPB 2.5.02.01 (capitolo 25020105) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

5. Le risorse finanziarie trasferite alla Regione a valere sul Fondo nazionale per le politiche sociali a destinazione indistinta sono utilizzate, ai sensi dell'articolo 28 della legge 8 marzo 2000, n. 53, per il finanziamento del Fondo destinato all'armonizzazione dei tempi delle città, sulla base dei criteri stabiliti con delibera di Giunta regionale, sentito il parere della competente Commissione consiliare, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, su proposta dell'Assessore all'urbanistica e al governo del territorio. Per le predette finalità è istituito nel bilancio regionale, nell'ambito dell'UPB 6.2.01.02, il capitolo 62010206, la cui dotazione per l'esercizio finanziario 2007 è determinata in euro 318.574,81 relativa alla quota specificatamente prevista nel decreto di trasferimento delle risorse da parte dello Stato per l'annualità 2003. Agli oneri relativi si provvede con

la contestuale riduzione dello stanziamento di cui al capitolo 4331105 (UPB 6.2.01.02) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007, che presenta la necessaria disponibilità.

6. La somma di euro 1.271.896,50 - destinata ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 11 gennaio 2006, n. 1, alla copertura finanziaria dei maggiori oneri relativi all'anno 2005 derivanti dal passaggio a tempo indeterminato degli operai del comparto idraulico-forestale utilizzati dall'AFOR e dagli Enti convenzionati e non utilizzata nel corso dell'esercizio finanziario 2006 – è riprodotta nel bilancio di competenza 2007, con allocazione all'UPB 3.2.04.05 (capitolo 32040512) dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio.

7. Al fine di potenziare gli interventi regionali in materia di salvaguardia, tutela ambientale e di educazione allo sviluppo sostenibile è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa complessiva di euro 250.000,00, con allocazione all'UPB 3.2.01.01 dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio.

8. L'importo di cui al comma 7 è destinato per euro 50.000,00 al sostegno di iniziative rivolte alla formazione della coscienza ecologica (capitolo 2131102), per euro 100.000,00 alla realizzazione di un programma regionale di informazione, formazione ed educazione ambientale (capitolo 32010147) e per euro 100.000,00 all'istituzione e al funzionamento del Servizio volontario di vigilanza ecologica (capitolo 32010148).

9. Al fine di garantire la copertura finanziaria degli oneri relativi agli anni 2003 e 2004 derivanti dall'applicazione dell'articolo 30, comma 3, della legge regionale 11 gennaio 2006, n. 1, è autorizzata l'ulteriore spesa di euro 1.600.000,00 da ripartire negli esercizi finanziari 2007 e 2008 in due annualità di euro 800.000,00 ciascuna, con allocazione all'UPB 2.3.01.02 dello stato di previsione della spesa del bilancio pluriennale 2007-2009.

10. I mutui autorizzati con legge regionale per l'anno 2006 e non perfezionati nel corso del medesimo anno possono essere stipulati nell'anno 2007.

11. Agli interventi previsti dall'articolo 31-bis della legge regionale 2 maggio 2001, n. 7, così come sostituito dall'articolo 10 della legge regionale 10 dicembre 2001, n. 36, inerenti alla concessione di contributi in conto interessi in favore delle PMI interessate a ricorrere ad operazioni di credito ordinario a medio termine finalizzate alla realizzazione di investimenti fissi, è destinata una quota parte delle risorse del Fondo di cui all'articolo l della presente legge.

12. Al fine di assicurare, anche in vista della prossima stagione turistica, il necessario supporto ai maggiori oneri organizzativi e logistici che deriveranno al sistema aeroportuale calabrese per effetto delle programmate limitazioni al traffico veicolare in connessione con i lavori che interessano il principale asse di collegamento con il resto del Paese, è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa complessiva di euro 2.250.000,00, con allocazione all'UPB 2.3.04.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio medesimo. La predetta somma è destinata per euro 1.500.000,00 alla SOGAS s.p.a., per euro 500.000,00 alla SACAL S.p.A. e per euro 250.000,00 alla Società di gestione dell'aeroporto Sant'Anna di Crotone S.p.A., sulla base di piani di utilizzo predisposti dalle suindicate Società ed approvati dalla Giunta regionale con propria delibera.

13. Al fine di provvedere all'apertura, in attuazione di apposite convenzioni da sottoscrivere con la competente Società Ferroviaria statale, di uno sportello di informazioni ed accoglienza turistica ed alla

realizzazione delle connesse attività e dei servizi necessari nelle stazioni più importanti delle rete ferroviaria calabrese, la Giunta regionale è autorizzata ad erogare per l'esercizio finanziario 2007 un contributo straordinario di euro 200.000,00, con allocazione all'UPB 2.2.01.04 dello stato di promozione della spesa del bilancio medesimo.
Agli oneri relativi si provvede con la contestuale riduzione, per euro 100.000,00 delle risorse allocate all'UPB 8.1.01.02 e per euro 100.000,00 delle risorse allocate all'UPB 2.2.01.04 (capitolo 6133103) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

14. La Giunta regionale è autorizzata a concedere all'Associazione regionale allevatori un contributo, per l'esercizio finanziario 2007, di euro 3.000.000,00, allocato all'UPB 2.2.04.02 dello stato di previsione della spesa del bilancio medesimo, da destinare al finanziamento dei programmi pluriennali 2007-2013, conformi alle nuove disposizioni di cui al regolamento (CE) 1 857/2006, ai programmi di assistenza tecnica realizzati dalle Associazioni Provinciali Allevatori nonché per i Programmi Qualità realizzati dalle Associazioni Produttori riconosciute associate all'ARA, sulla base di un piano di riparto da approvarsi con propria delibera.

15. Al fine di garantire la copertura finanziaria di obbligazioni giuridicamente vincolanti assunte, ai sensi delle legge regionale 24 giugno1986, n. 26, con deliberazione della Giunta regionale n. 3810 del 29 dicembre1999, nei confronti della cooperativa "Assolac" di Cosenza, è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa di euro 907.870,40 allocata all'UPB 2.2.04.05 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

16. La Giunta regionale è autorizzata a concedere al Comune di Torre di Ruggiero, per l'esercizio finanziario 2007, un contributo straordinario di euro 35.000,00 da destinare alla realizzazione del progetto di carattere sociale denominato "Spazio incontro nel tempo libero", con allocazione all'UPB 5.2.02.01 (capitolo 52020107) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

17. Al fine di sostenere le società sportive calabresi militanti nei campionati nazionali, in riferimento alla stagione 2006/2007, per lo svolgimento delle loro attività e per il mantenimento delle rispettive scuole e settori giovanili, la Giunta regionale è autorizzata a concedere un contributo straordinario complessivo di euro 600.000,00 da suddividere tra le aventi diritto in parti uguali, allocato all'UPB 5.2.02.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007. L'ulteriore somma di euro 150.000,00 è stanziata a carico della stessa UPB 5.2.02.01 per far fronte alle spese di organizzazione del campionato intercontinentale di pugilato.

18. A valere sulle risorse stanziate per l'attuazione della legge regionale19 aprile 1995, n. 20, la somma di euro 50.000,00 è destinata alle attività della Fondazione "I sud del Mondo". A tale fine lo stanziamento di cui all'UPB 5.2.01.02 (capitolo 3132134) è incrementato per l'esercizio finanziario 2007, dello stesso importo.

19. Per la parziale sottoscrizione da parte della Regione Calabria della quota di aumento di capitale sociale della So.Ri.Cal. S.p.A.- già deliberato dall'Assemblea dei soci - in misura proporzionale alla partecipazione al capitale sociale (53,5%), è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa di euro 1.500.000,00 con allocazione all'UPB 3.2.05.02 (capitolo 32050201) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

20. La Giunta regionale è autorizzata a concedere alla Fondazione per lo sviluppo della formazione e per l'attuazione di politiche per l'emersione del lavoro irregolare (FIELD), istituita con l'articolo 8 della

legge regionale 26 giugno 2003, n. 8, il contributo annuo di euro 600.000,00 a decorrere dal 2007, con allocazione all'UPB 4.3.02.05 (capitolo 43020505) dello stato di previsione della spesa del bilancio per il medesimo anno.

21. Al fine di consentire la realizzazione da parte di associazioni ed organizzazioni senza scopo di lucro di iniziative finalizzate alla promozione della realtà produttiva della Regione, è autorizzata per l'esercizio finanziario 2007 la spesa di euro 417.134,00, con allocazione all'UPB 2.2.02.02 (capitolo 22020206) dello stato di previsione della spesa dello stesso bilancio. Alla relativa copertura si provvede con le risorse disponibili nella stessa UPB 2.2.02.02 ed allocate al capitolo 6125201, che è contestualmente ridotto dello stesso importo.

22. La Giunta regionale è autorizzata a concedere al Circolo del Tennis "Rocco Polimeni" di Reggio Calabria, per l'esercizio finanziario 2007, un contributo di euro 60.000,00 per lo svolgimento delle manifestazioni internazionali femminili previste per il mese di ottobre 2007, con allocazione all'UPB 5.2.02.01 dello stato di previsione della spesa del bilancio per il medesimo anno.

23. Al fine di consentire l'immediata operatività dell'APQ Sicurezza e Legalità - Linea d'intervento "Dare funzionalità e presenza alle Amministrazioni"di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 59 del 30 gennaio 2007, la stessa Giunta regionale "è autorizzata a disporre, a titolo di anticipazione rispetto al trasferimento dei finanziamenti statali destinati allo scopo, l'erogazione delle occorrenti risorse nel limite complessivo di euro 2.000.000,00, allocati all'UPB 7.2.03.01 (capitolo 72030104) dello stato di previsione della spesa del bilancio 2007.

24. La Giunta regionale è autorizzata a concedere al Consorzio Termale di Antonimina-Locri un contributo straordinario di euro 70.000,00 per far fronte alle spese di funzionamento relative alla stagione turistica 2006-2007, con allocazione all'UPB 2.02.01.04 dello stato di previsione della spesa del bilancio per il medesimo anno.

25. A valere sulle risorse stanziate all'UPB 4.3.02.04 (capitolo 43020402), destinate al sostegno delle cooperative sociali che gestiscono beni confiscati alla criminalità organizzata, la somma di euro 50.000,00 è assegnata alla cooperativa "Valle del Marro", sita in località Ponte Vecchio di Gioia Tauro.

Art. 36
(Copertura finanziaria)

1. Alla copertura finanziaria delle disposizioni contenute nella presente legge, laddove non diversamente stabilito, si provvede, per la quota parte corrispondente, con le maggiori risorse rese disponibili con la manovra di bilancio approvata contestualmente alla presente legge.

2. La Giunta regionale è autorizzata ad apportare le necessarie modifiche ed integrazioni al documento tecnico di cui all'articolo 10 della legge regionale 4 febbraio 2002, n. 8.

Art. 37
(Pubblicazione)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione.

LEGGE REGIONALE 7 agosto 2002, n. 29
Approvazione disposizioni normative collegate alla legge finanziaria regionale relative al Settore Sanità.
(BUR n. 14 dell'1 agosto 2002, supplemento straordinario n. 7)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 2 ottobre 2002, n. 35, 10 ottobre 2002, n. 39, 26 giugno 2003, n. 8, 19 marzo 2004, n. 11, 11 maggio 2007, n. 9, 18 luglio 2008, n. 24, 28 settembre 2011, n. 35, 29 marzo 2013, n. 16 e 20 aprile 2016, n. 11)

Art. 1
Rivisitazione tariffario per le prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali

1. Dal 1 giugno 2002 le tariffe in vigore per le prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale rese dalla Regione avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie locali, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende universitarie e dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché dai soggetti pubblici e privati provvisoriamente accreditati ai sensi dell' art. 8 quater del decreto legislativo n. 502/92 e s.m.i, nonché della delibera regionale 316 / 99 e successive modificazioni nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all' art. 8 quinquies dello stesso decreto, vengono ridotte ad eccezione delle branche a visita di 12 punti percentuali rispetto a quelli individuati dal tariffario in vigore alla data dell'1 giugno 2002 e fino al *31 dicembre 2002* entro cui dovrà entrare in vigore il nuovo tariffario regionale.[1]

2. In deroga al principio di cui al primo comma del presente articolo, con deliberazione di Giunta regionale saranno definiti i meccanismi per l' ulteriore, eventuale, abbattimento delle tariffe vigenti in modo da ricondurre la spesa entro i tetti programmati.

3. Dagli abbattimenti tariffari, di cui ai commi precedenti, sono escluse le alte specialità e le attività a valenza speciale.

Art. 2
Recepimento del DPCM del 29 novembre 2001. Definizione dei livelli essenziali di assistenza

1. La Giunta regionale definisce i criteri, le modalità e le soglie di ammissibilità previste dal D.P.C.M. 29/11/2001 . Livelli essenziali di assistenza . circa l'appropriatezza delle prestazioni anche al fine di favorire forme di assistenza più idonee.

2. Il Dipartimento verifica l'andamento dei LEA e trasmette annualmente alla Commissione consiliare competente apposita relazione.

[1] Comma così modificato dall'art. 5 della L.R. 10 ottobre 2002, n. 39

Art. 3[2]
(Abrogato)

Art. 4
Rispetto delle percentuali di risorse assegnate ad ogni macrolivello dei livelli essenziali di assistenza

1. Le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere, sono tenute all' osservanza di quanto previsto dalla programmazione nazionale e regionale in materia di risorse finanziarie destinate ai livelli assistenziali, e degli attuali indici di ospedalizzazione (160 per mille abitanti) e del tasso di utilizzo dei posti letto non inferiore al 75%.

2. Ai fini della verifica e del miglioramento dell'appropriatezza nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e della remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori presso i quali si registrano frequenze elevate di ricoveri inappropriati, con delibera di Giunta regionale vengono definiti specifici standard e parametri per la conseguente applicazione delle sanzioni previste dal comma 3 dell'art. 88 della legge 23/12/2000 n. 388.

Art. 5 [3]
(Abrogato)

5.[4]

Art. 6
Atti aziendali di cui all'art. 3 comma 1 bis del decreto legislativo 502/92 e s.m.i.

1. Nelle more dell'approvazione del Piano sanitario regionale, gli atti aziendali di cui all'art. 3 del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. adottati dalle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere sono da ritenersi nulli per le parti in cui gli stessi prevedono l'istituzione di nuovi posti letto, unità operative e incrementi delle dotazioni organiche formalmente approvati con deliberazione di Giunta Regionale. Sono altresì nulli i piani attuativi locali per le parti che prevedono l'istituzione di nuovi servizi, l'aumento di posti letto o che non siano in linea col vigente piano sanitario regionale di cui alla legge regionale 3 aprile 1995 e con il D.P.R. 27/3/1992.

2. I direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere dovranno adeguare gli atti aziendali, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, ed i piani attuativi locali di cui sopra entro tre mesi dall'approvazione del nuovo Piano Sanitario regionale.

3. Per i posti letto delle unità operative dei dipartimenti che non raggiungono i parametri ottimali previsti dalla programmazione nazionale o regionale si applicano le disposizioni previste dall'art. 1 comma 1 della Legge n. 662/96 (legge finanziaria 1997) in materia di riduzioni dei posti letto.

4. I medici di base che prima delle istituzioni dei distretti, potevano essere scelti dagli utenti di tutto il territorio delle ASL, allo scopo di rendere efficace il servizio e di evitare disagi agli assistiti,

[2] **Articolo abrogato dall'art. 15, comma 1, terzo trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.**
[3] **Articolo abrogato dall'art. 15, comma 1, terzo trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.**
[4] **Comma prima aggiunto dall'art. 1, comma 2, della L.R. 2 ottobre 2002, n. 35 e successivamente abrogato dall'art. 7, comma 3 della L.R. 16 febbraio 2005, n. 2.**

possono aprire un secondo ambulatorio, fuori dal distretto in cui sono titolari, nella località dove hanno il maggior numero di assistiti.

5. I direttori generali delle Aziende sanitarie locali ed ospedaliere che non abbiano ancora provveduto all'attuazione delle disposizioni di legge sopra richiamate e che non vi provvedano entro giorni novanta dalla emanazione della presente legge decadono dall'incarico per grave violazione di legge.

Art. 7 [5]
Blocco assunzioni del personale

Art. 8
Spese per beni e servizi

1. Ai sensi del D.L. 19/9/2001 n. 347 convertito in legge n. 405 del 16/11/2001, le Aziende sanitarie ed ospedaliere hanno, l'obbligo di aderire alle convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 26 della Legge 23/12/1999 n. 488 e dell'art. 50 della Legge 23/12/2000 n. 388 (Convenzioni Consip S.p.A.), fatta salva la dimostrazione di ottenere migliori condizioni, e alla stipula di contratti di forniture per beni e servizi a valenza complessiva regionale.

2. Al fine di razionalizzare ed uniformare la spesa, con deliberazione della Giunta regionale sono individuati consorzi o unioni di Aziende sanitarie e/o ospedaliere per la gestione unitaria delle procedure di acquisto di beni e servizi di interesse comune.[6]

Art. 9
Osservatorio prezzi e tecnologie

1. La Giunta regionale attiva, con propria deliberazione, nella quale saranno stabilite procedure e modalità operative, l'Osservatorio regionale dei prezzi e delle tecnologie ai sensi dell'art. 2 comma 3 del decreto legislativo 18 settembre 2001 n. 347 convertito in Legge n. 405 del 16 novembre 2001.

Art. 10
Attività di consulenza

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge, è fatto divieto ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere di stipulare contratti di consulenza con professionisti esterni per attività che possono essere svolte con personale dipendente delle strutture aziendali.

2. In via eccezionale, con provvedimento da sottoporre a controllo della Giunta regionale, ai sensi della legge regionale n. 2/96, per comprovate esigenze e per singole prestazioni, i Direttori generali possono conferire incarichi di consulenza.

[5] Articolo abrogato dall'art. 17, c. 2, della L.R. 26 giugno 2003, n. 8
[6] Comma così sostituito dall'art. 23, comma 1, della L.R. 26 giugno 2003, n. 8

3. Gli incarichi di consulenza stipulati prima dell'entrata in vigore della presente legge, non possono essere rinnovati alla loro scadenza, salvo quanto previsto nel comma precedente.

Art. 11
Verifica risultati aziendali

1. Fermo restando la verifica dei risultati amministrativi e di gestione da effettuarsi ai sensi dell'art. 1, comma 6, della legge 17 ottobre 1994, n. 590 e dell'art. 3 bis del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i., alle scadenze previste, il mancato adempimento da parte dei direttori generali delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere di quanto prescritto dalle leggi o direttive ed atti di indirizzo regionale nonché il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico ai sensi della legge 405/2001 ed i mancati adempimenti previsti dalla legge regionale 43/96 determinano l'avvio del procedimento previsto dal settimo comma del succitato art. 3 bis.

2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, fisserà precisi criteri direttivi ai fini della valutazione dei direttori generali di cui all'art. 3 bis, comma 5 del decreto legislativo 502/92 e s.m.i..

Art. 12 [7]
Controlli

Art. 13 [8]
Spesa farmaceutica

1. Al fine di ricondurre la spesa farmaceutica nei limiti del 13% quale tetto massimo di spesa ammissibile, ai sensi dell'art. 5 della legge 405 del 16/11/2001 con delibera di Giunta regionale vengono adottati i seguenti provvedimenti:

1) Compartecipazione all'acquisto dei farmaci prevedendo l'esclusione delle categorie protette e di quelle a basso reddito da individuarsi con lo stesso provvedimento di Giunta regionale;
2) Delisting dei farmaci attraverso lo spostamento in fascia C (fascia a pagamento) di farmaci per patologie non essenziali che hanno già valide alternative in fascia A (a totale carico del SSN) e fascia B (a pagamento parziale);
3) Distribuzione diretta dei farmaci per i primi 30 giorni immediatamente successivi alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale e comunque limitatamente al 1 o ciclo terapeutico, ai sensi dell'art.8 c.1, del decreto legislativo 347/01 come convertito dalla Legge 405 /01;

[7] Articolo abrogato dall'art. 22, comma 2, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[8] Il comma 8 dell'art. 16 della L.R. 11 maggio 2007, n. 9 così recita: "L'articolo 13 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29, si interpreta nel senso che, ai fini del contenimento della spesa farmaceutica, la Giunta regionale può, in ogni tempo e secondo le valutazioni del caso, adottare uno o più provvedimenti tra quelli ivi previsti, ovvero revocare o modificare i provvedimenti già assunti".

4) Incentivi per i medici di medicina generale da disporsi, previo accordo con le rappresentanze sindacali di categoria;
5) Applicazione normativa sui farmaci generici;
6) Distribuzione diretta attraverso le strutture delle Aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare residenziale e semiresidenziale e presidi per diabetici;
7) Distribuzione diretta attraverso le strutture aziendali dei farmaci per i quali la normativa vigente prevede il doppio canale;
8) I medicinali, aventi uguale composizione e principi attivi, nonché forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità psicologiche e dosi unitarie uguali, sono rimborsati al farmacista dal Servizio sanitario regionale fino alla concorrenza del presso più basso del corrispondente prodotto disponibile nel normale ciclo distributivo regionale.
Al riguardo, la Giunta regionale dovrà dettare apposite direttive entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Tale disposizione non si applica ai medicinali coperti da brevetto sul principio attivo;
9) In ogni caso in relazione all'andamento della spesa farmaceutica la Giunta regionale, anche in deroga ai commi precedenti, adotta con proprio provvedimento ulteriori misure finalizzate al contenimento della spesa farmaceutica *anche d'intesa con le Associazioni di categoria;* [9]
10) I Direttori Generali delle Aziende Sanitarie sono tenuti ad attivare procedure di controllo per verificare la veridicità delle dichiarazioni di esenzione alla compartecipazione alla spesa farmaceutica.

Art. 14
Certificazione di bilancio

1. E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di avvalersi di società specializzate nella certificazione dei bilanci per avviare una pre-certificazione del bilancio di esercizio 2002 ed assicurare la certificazione del bilancio 2003 e seguenti.

2. La Giunta regionale individua, secondo le procedure di legge, e con gara ad evidenza pubblica, il soggetto di provata specializzazione nel settore della certificazione dei bilanci aziendali che per assicurare uniformità di procedure sarà unico per tutte le Aziende sanitarie locali ed ospedaliere.

Art. 15
Collegi Sindacali

1. Nelle more della costituzione dell' organismo di rappresentanza dei Comuni di cui all' art. 3 ter, c.3, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. per le Aziende Ospedaliere il componente del collegio sindacale viene designato dalla conferenza dei sindaci del comprensorio ove e ubicata l' Azienda medesima.

Art. 16
Disinvestimenti patrimoniali, investimenti strutturali e investimenti in attrezzature tecnico-scientifiche

[9] Punto così modificato dall'art. 21 della LR. 26 giugno 2003, n.8

1. Le Aziende sanitarie ed ospedaliere sono tenute a redigere l' inventario dei beni ed a procedere, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, ad una rivisitazione dei progetti strutturali a suo tempo predisposti per l' ottenimento dei finanziamenti previsti dall' art. 20 della legge n. 67/88; le Aziende dovranno adottare, altresì, un piano di disinvestimento del loro patrimonio disponibile o da reddito per finanziare in tutto o in parte investimenti strutturali e/o in attrezzature scientifiche o indicare forme concrete alternative di finanziamento non escludendo il ricorso a forme di project-financing.

2. Sono inalienabili e considerati patrimonio indisponibile le strutture immobiliari dei presidi ospedalieri in attività nonché quelli di nuova costruzione o in fase di ultimazione.

Art. 17 [10]

Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale

Art. 18

Assunzioni mutui e risanamento disavanzo anno 2000

1. Al fine di assicurare la copertura della quota a carico della Regione inerente al disavanzo di gestione del Servizio Sanitario regionale per l' anno 2000, valutato in € 258 milioni, la Giunta regionale ai sensi dell' art. 4 comma 4, del decreto legge 18/9/2001, n. 347 convertito dalla Legge 16/11/2001, n. 405 è autorizzata a contrarre uno o più mutui a tasso variabile, di durata non superiore a venti anni, con oneri a carico della Regione, di complessivi € 258.000.000,00, suddivisi in due lotti di cui il primo di € 155.000.000,00, con ammortamento decorrente dall' 1/1/2003, ed il secondo di € 103.000.000,00, con ammortamento decorrente dall' 1/1/2004.

2. Gli oneri di ammortamento, relativi agli esercizi 2003 e 2004, valutati rispettivamente in € 13.000.000,00 e in € 21.600.000,00, trovano copertura con la quota parte corrispondente degli stanziamenti previsti all' UPB 8.1.01.02 dello stato di previsione della spesa di bilancio pluriennale 2002/2004.

3. L' eventuale maggioranza di rata di ammortamento del mutuo di cui al comma 2, dovuta alla variabilità del tasso, trova copertura finanziaria con variazione ai bilanci annuali e pluriennali attraverso specifiche leggi di bilancio.

4. Le rate di ammortamento relative agli anni successivi al 2004 trovano copertura con le successive leggi di bilancio.

5. I Direttori generali sono tenuti a formulare un piano di rientro del deficit dei propri bilanci da presentare annualmente alla Giunta regionale.

Art. 19

Servizio di elisoccorso

[10] Articolo abrogato dall'art. 5, comma 8, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11

1. In attesa della nuova regolamentazione del Servizio di Emergenza-Urgenza, in via temporanea, e comunque non oltre il 31 dicembre 2002, è prorogato il Servizio di Elisoccorso, per la base di Locri, nei modi, forme e condizioni già in atto per il servizio di Eliambulanza della Regione Calabria.

2. Per lo stesso periodo, la Giunta regionale è impegnata a concorrere alle spese di gestione dell'Elisoccorso di Cosenza.

Art. 20 [11]
Nomina Direttori Generali

1. [12]

2. E' fatto obbligo alle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere di garantire l'equilibrio economico: In caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico i Direttori Generali decadono automaticamente dall'incarico.

3. Per esigenze di carattere straordinario possono essere nominati dalla Giunta commissari nelle Aziende Sanitarie ed in quelle Ospedaliere preferibilmente scelti tra i dirigenti in servizio della Pubblica amministrazione e di enti privati di media e grande dimensione con almeno cinque anni di anzianità svolta con autonomia gestionale e di risorse, per un periodo di dodici[13] *mesi eventualmente rinnovabile per una sola volta fino ad un massimo di dodici*[14] *mesi.*

3bis. Le disposizioni di cui all'articolo 14, commi 1 e 2, della l.r. 11/2004 e s.m.i., trovano applicazione anche nei confronti dei Commissari, ai quali è corrisposto lo stesso trattamento economico previsto dalla vigente normativa per i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere[15].

Art. 21[16]
Istituzione di un Centro Oncologico di eccellenza in Catanzaro
(Abrogato)

---

[11] Articolo così sostituito dall'art. 7 della L.R. 10 ottobre 2002, n. 39
[12] Comma abrogato dall'art. 22, comma 2, della L.R. 19 marzo 2004, n. 11
[13] L'art. 3, comma 1, della l.r. 20 aprile 2016, n. 11 sostituisce la parola "sei" con la parola "dodici".
[14] L'art. 3, comma 1, della l.r. 20 aprile 2016, n. 11 sostituisce la parola "sei" con la parola "dodici".
[15] Comma aggiunto dall'art. 2, comma 1 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16.
[16] Articolo abrogato dall'art. 10, comma 1 della L.R. 28 settembre 2011, n. 35. Tale articolo precedentemente così recitava: «1. La Giunta regionale, nel quadro degli accordi che prevedono la realizzazione in Catanzaro di un Centro Oncologico di eccellenza, finalizzato a richiedere il riconoscimento quale I.R.C.C.S., è autorizzata ad assumere ogni iniziativa atta ad istituire il Centro Oncologico previsto in Catanzaro, anche d'intesa con l'Università Magna Grecia. 2. Le risorse necessarie per l'istituzione del Centro Oncologico di cui al comma precedente, verranno prelevate dai fondi trasferiti alla Regione Calabria dallo Stato ai sensi dell'art. 20, legge finanziaria 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario e dell'art. 71, legge finanziaria 23 dicembre 1998, n. 488 che promuovono un piano straordinario di interventi per la riqualificazione dell'assistenza sanitaria nei grandi centri urbani. 3. La Giunta regionale, è autorizzata ad individuare le eventuali forme di sperimentazione idonee per l'attivazione e la gestione del Centro. 4. I fondi assegnati alla Regione Calabria con Deliberazione CIPE 26 gennaio 1996, di cui all'art. 4 L.R. n. 39 del 23 dicembre 1996, rimangono destinati alla riconversione delle strutture del complesso ospedaliero di Girifalco per la diversa utilizzazione che sarà individuata dalla Giunta regionale. 5. La Giunta regionale ai fini di cui ai commi precedenti è autorizzata a riformulare il piano approvato con deliberazione del Consiglio regionale 11 febbraio 1999 n. 327.».

Art. 22
Norme finali

1. Sono abrogate tutte le disposizioni in contrasto con le presenti norme.

Art. 23

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

1. Nel rispetto dei principi fondamentali previsti dalla normativa statale, la legge elettorale regionale, approvata a maggioranza assoluta dei Consiglieri, disciplina:

   a) il sistema elettorale e i casi di ineleggibilità e incompatibilità del Presidente e degli altri componenti della Giunta regionale nonché dei Consiglieri regionali;

   b) le modalità di indizione delle elezioni politiche regionali;

   c) le modalità di proclamazione degli eletti al Consiglio;

   d) la rappresentanza in Consiglio di ogni Provincia.

2. La legge regionale promuove la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.

TITOLO V
Procedimento di formazione delle leggi e dei regolamenti regionali

Articolo 39
(Iniziativa legislativa)

1. L'iniziativa della legge regionale compete alla Giunta regionale, a ciascun Consigliere regionale, a ciascun Consiglio provinciale, a ciascun Consiglio comunale dei capoluoghi di Provincia, a non meno di tre Consigli comunali la cui popolazione sia complessivamente superiore ai diecimila abitanti, agli elettori della Regione in numero non inferiore a cinquemila, nonché al Consiglio delle Autonomie locali di cui all'articolo 48.

2. L'iniziativa legislativa viene esercitata mediante la presentazione al Presidente del Consiglio regionale di un progetto di legge redatto in articoli e illustrato da una relazione descrittiva e, nel caso comporti spese a carico del bilancio regionale, da una relazione tecnico- finanziaria.

3. Le ulteriori modalità per l'esercizio del diritto di iniziativa dei Consigli provinciali e comunali e degli stessi elettori sono stabilite da apposita legge regionale.

4. Le proposte di legge presentate al Consiglio regionale decadono con la fine della legislatura, escluse quelle di iniziativa popolare.

Articolo 40
(Procedimento)

1. Fatto salvo quanto previsto dall'articolo 30, ogni progetto di legge è esaminato dalla competente Commissione permanente e poi dal Consiglio regionale, che lo approva articolo per articolo e con votazione finale.

2. I progetti di legge di iniziativa popolare, del Consiglio delle Autonomie locali o degli enti locali sono portati all'esame del Consiglio regionale entro tre mesi dalla data di presentazione. Scaduto tale termine, il progetto è iscritto all'ordine del giorno della prima seduta del Consiglio e discusso con precedenza su ogni altro argomento. La stessa procedura è seguita per ogni altro progetto, qualora ne facciano richiesta almeno un quarto dei Consiglieri regionali.



Sentenza **278/2014**

Giudizio

Presidente *CRISCUOLO* - Redattore *MATTARELLA*

Camera di Consiglio del **18/11/2014** Decisione del **01/12/2014**

Deposito del **12/12/2014** Pubblicazione in G. U.

Norme impugnate: Art. 2, c. 83°, della legge 23/12/2009, n. 191; in via subordinata art. 8, c. 1°, della legge 05/06/2003, n. 131; art. 1, c. 174°, della legge 30/12/2004, n. 311; art. 4 del decreto legge 01/10/2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, c. 1°, della legge 29/11/2007, n. 222; art. 2, c. 79°, 83° e 84°, della legge 23/12/2009, n. 191.

Massime:

Atti decisi: **ord. 75/2014**

SENTENZA N. 278

ANNO 2014

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Alessandro CRISCUOLO; Giudici : Paolo Maria NAPOLITANO, Paolo GROSSI, Giorgio LATTANZI, Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Sergio MATTARELLA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nel giudizio di legittimità costituzionale dell’art. 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010); in via subordinata dell’art. 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento della Repubblica alla L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3), dell’art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005), dell’art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l’equità sociale), convertito, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, della legge 29 novembre 2007, n. 222, e dell’art. 2, commi 79, 83 e

84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, promosso, con ordinanza del 5 dicembre 2013, dal Tribunale amministrativo regionale per il Molise nel procedimento vertente tra V.G. in proprio e nella qualità di Presidente e legale rappresentante del "Comitato SS. Rosario Venafro" e il Commissario ad acta nonché Sub-Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise ed altri, iscritta al n. 75 del registro ordinanze 2014 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 22, prima serie speciale, dell'anno 2014.

Visto l'atto di intervento del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nella camera di consiglio del 18 novembre 2014 il Giudice relatore Sergio Mattarella.

Ritenuto in fatto

1.– Nel corso di un giudizio amministrativo promosso per l'annullamento di atti e provvedimenti dell'azienda sanitaria regionale del Molise e di decreti emessi dal commissario ad acta della medesima regione, il Tribunale amministrativo regionale per il Molise, con ordinanza del 5 dicembre 2013, iscritta al n. 75 del registro ordinanze 2014 ha sollevato, in riferimento agli artt. 5, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, 121, secondo comma, 120, secondo comma, 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, ed 1, secondo comma, della Costituzione, questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010), nella parte in cui attribuirebbe al commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario un potere di sostituzione di natura legislativa o, in ogni caso, normativa con forza di legge.

Detta disposizione è censurata nella parte in cui prevede, tra l'altro, che: «[…] Il commissario ad acta adotta tutte le misure indicate nel piano, nonchè gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano […]».

1.1.– In punto di fatto, il tribunale rimettente espone che il ricorrente, in proprio e nella qualità di Presidente e legale rappresentante del "Comitato SS. Rosario di Venafro", ha lamentato la illogicità della decisione di disporre, sostanzialmente, la chiusura dell'ospedale "SS. Rosario" di Venafro – struttura idonea a coprire i costi di gestione grazie alla mobilità dalle limitrofe Regioni della Campania e del Lazio – alla quale ha fatto seguito la sproporzionata ed irragionevole lesione del diritto alla salute (in quanto le misure adottate hanno il solo fine della riduzione dei costi delle prestazioni sanitarie non incidendo sugli assetti organizzativi inefficienti e sugli sprechi).

Il giudice rimettente premette, in fatto: a) che la Regione Molise, a causa del mancato rispetto degli obiettivi organizzativi e di spesa fissati previa intesa con lo Stato, aveva dovuto sottoscrivere l'accordo di approvazione del Piano di rientro recante l'individuazione degli interventi per il perseguimento degli equilibri economici e l'allegato piano operativo triennale 2007-2009, nel quale era prevista anche l'adozione di provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera; b) che, con delibera del Consiglio regionale del 9 luglio 2008, n. 190, la Regione Molise aveva approvato il Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010, prevedendo una riduzione dei posti letto dell'ospedale "SS. Rosario" di Venafro; c) che, preso atto dell'aumento dell'entità del deficit, con delibera del Consiglio dei ministri del 28 luglio 2009, il Presidente della Regione Molise era stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario; d) che con decreto n. 17 del 10 maggio 2010, il Commissario ad acta aveva approvato il Programma operativo per il 2010, con il quale era stata prevista, tra l'altro, la dismissione dell'ospedale "SS. Rosario" e la sua conversione in residenza sanitaria assistenziale, ribadita con successivi decreti, ed il suo sostanziale accorpamento ad altro ospedale di Isernia.

1.2.– In punto di diritto, il giudice rimettente, facendo proprie le argomentazioni del ricorrente, espone che: a) gli atti adottati dal Commissario ad acta sarebbero illegittimi perché lesivi del diritto alla salute ex art. 32 Cost., assunti in assenza di motivazione e di istruttoria, e comunque contrastanti con gli

obiettivi posti dal Piano di rientro avendo, tra l'altro, il Commissario ad acta operato tagli verticali con la chiusura diretta dei presidi ospedalieri; b) la riduzione dei posti letto avrebbe causato il sovraffollamento del vicino ospedale di Isernia, in difformità dalle prescrizioni del Patto per la salute e del Piano di rientro; c) il Commissario ad acta avrebbe travalicato le proprie competenze invadendo, in tal modo, la sfera di competenza regionale in materia di programmazione sanitaria, in contrasto con le previsioni del Piano sanitario regionale approvato con delibera del Consiglio regionale del 9 luglio 2008, n. 190 e, poi, con l'art. 11 della legge della Regione Molise 26 novembre 2008, n. 34, recante «Modifiche alla legge regionale 1° aprile 2005, n. 9 ad oggetto: "Riordino del Servizio sanitario regionale"», che non contemplano la chiusura dell'ospedale.

1.3.– Poste tali premesse, in punto di rilevanza della questione, il giudice a quo osserva che, con particolare riguardo alla censura relativa alla prospettata illegittimità dei decreti commissariali impugnati, asseritamente lesivi della competenza legislativa regionale in materia di programmazione sanitaria, l'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009 costituisce la "base normativa", richiamata nella motivazione dei provvedimenti impugnati, che legittimerebbe, in applicazione dell'art. 120, secondo comma, Cost., il commissario ad acta a modificare il Piano sanitario regionale. In assenza di questa disposizione di legge, al potere esercitato dal commissario ad acta dovrebbe riconoscersi natura esclusivamente amministrativa (sentenza n. 361 del 2010); in quanto tale, esso non potrebbe introdurre modifiche o deroghe ad una fonte legislativa che recepisce il piano sanitario regionale. La delibera del Consiglio dei ministri del 28 luglio 2009, che ha natura di atto amministrativo, non può essere assunta a base del potere normativo del commissario ad acta; trattasi di atto meramente ricognitivo delle disposizioni di legge che disciplinano lo statuto e, per il settore dei disavanzi del settore sanitario, dell'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009. Ne discende, attesa l'infondatezza delle questioni preliminari sollevate dalle amministrazioni resistenti ed esclusa la possibilità di definizione in rito della controversia, la sicura rilevanza della contestazione sulla competenza del commissario ad acta ad adottare atti sostitutivi normativi, derogatori di disposizioni legislative regionali.

1.4.– Secondo il giudice a quo, la questione di legittimità costituzionale della norma statale censurata sarebbe, altresì, non manifestamente infondata.

Osserva il rimettente, che la norma censurata attribuisce un ampio potere di adozione delle misure attuative del piano di rientro e di tutti gli altri «atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali»: il duplice riferimento "ad atti e provvedimenti normativi" implica il riconoscimento, in favore del commissario ad acta, del potere regolamentare e legislativo, unitamente al potere di adottare atti amministrativi, oltre a misure gestionali. Attraverso la disposizione in esame si attua il conferimento al commissario di tutti i poteri, senza esclusione alcuna, necessari all'attuazione del piano di rientro.

L'impossibilità di una interpretazione costituzionalmente conforme della disposizione in parola, sarebbe comprovata dall'intervento del legislatore, che, con l'art. 17, comma 4, lettera a), del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 (Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 25 luglio 2011, n. 111, è intervenuto per novellare il disposto dell'art. 2, comma 80, della legge n. 191 del 2009, inserendo un procedimento articolato volto alla salvaguardia dell'autonomia regionale, per evitare che il potere sostitutivo legislativo attribuito al commissario ad acta possa essere esercitato in contrasto con la legislazione regionale.

Il giudice rimettente richiama i principi espressi dalla Corte costituzionale in merito ai rapporti tra potere sostitutivo ex art. 120, secondo comma, Cost. e legislazione regionale (sentenze n. 104, n. 79 e n. 78 del 2013; n. 2 del 2010), ed, in particolare, la sentenza n. 361 del 2010, con la quale la Corte ha escluso, perché non conforme a Costituzione, la possibilità che attraverso atti del commissario ad acta possano essere abrogate o derogate disposizioni legislative regionali preesistenti. Ritiene, alla luce delle motivazioni della citata sentenza n. 361 del 2010, che la questione sia non manifestamente infondata in riferimento agli artt. 120, secondo comma, 5, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, 121, secondo comma, 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, ed 1, secondo comma, Cost., richiamando anche le osservazioni della Corte costituzionale di cui alla sentenza n. 141 del 2010, nella quale erano stati espressi dubbi circa la «legittimità costituzionale della scelta legislativa di affidare ad un decreto del Presidente della Regione la capacità di incidere su un atto legislativo adottato dal

Consiglio regionale» (nella specie il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario, aveva ritenuto, con proprio decreto, di poter differire l'entrata in vigore di una legge regionale che si assumeva contenere previsioni in contrasto con gli obiettivi di risanamento indicati nel piano di rientro sottoscritto dalla Regione).

1.5.– Quanto al merito del prospettato contrasto, il TAR Molise rileva che l'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009 violerebbe l'art. 120, secondo comma, Cost., in quanto prevede un intervento sostitutivo di tipo legislativo, o comunque normativo, non previsto dalla norma costituzionale, che autorizza l'adozione di atti sostitutivi di natura esclusivamente amministrativa. Invero, il Governo, cui l'art. 120, secondo comma, Cost., attribuisce il potere di intervento sostitutivo, è ordinariamente privo della competenza normativa primaria e può adottare atti sostanzialmente legislativi nei soli casi e nel rispetto dei presupposti previsti dall'art. 77 Cost., che però non ne ammette la delega in favore di un commissario ad acta. E, comunque, la possibilità di un intervento sostitutivo di natura legislativa dovrebbe essere espressamente contemplata, trattandosi di deroga all'ordinario sistema di riparto della funzione legislativa tra organi costituzionali: una tale deroga espressa non è, tuttavia, menzionata nell'art. 120, secondo comma, Cost.; sicché il potere sostitutivo ivi disciplinato dovrebbe ritenersi riferito alla sola funzione amministrativa.

Sotto altro profilo, i principi di autonomia statutaria, legislativa e regolamentare enunciati dagli artt. 5, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, Cost., e la riserva al Consiglio regionale della funzione legislativa nelle materie di competenza concorrente e residuale, di cui all'art. 121, secondo comma, Cost., legittimano la sostituzione di leggi regionali da parte dello Stato solo attraverso i poteri straordinari della decretazione di urgenza ed esclusivamente da parte del Governo nella sua collegialità (l'esercizio del potere sostitutivo normativo da parte del Governo è confermato dall'art. 8, comma 1, della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante «Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione», che ha sostituito l'art. 127 della Costituzione). Ne consegue che, secondo la prospettazione del TAR rimettente, l'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009 si porrebbe in contrasto anche con gli artt. 5, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, e 121, secondo comma, Cost. in quanto, attribuendo al commissario ad acta un potere sostitutivo di tipo legislativo o comunque in senso lato normativo, violerebbe, al contempo, l'autonomia statutaria della Regione Molise, ex art. 114, secondo comma, Cost.; violerebbe l'autonomia legislativa e regolamentare regionale facoltizzando il commissario ad acta ad adottare disposizioni di dettaglio (quali sono quelle derogatorie del piano sanitario regionale), nella materia concorrente della «tutela della salute», riservata, ex art. 117, terzo e sesto comma, Cost., alla disciplina legislativa di dettaglio nonché regolamentare della Regione; violerebbe l'art. 121, secondo comma, Cost. che riserva al Consiglio regionale l'esercizio della potestà legislativa nelle materie di competenza regionale concorrente e residuale.

Osserva ancora il collegio che la limitazione dell'autonomia regionale non potrebbe farsi discendere dalla sottoscrizione, nel 2007, di accordi collegati al piano di rientro, la cui attuazione è rimessa al commissario ad acta in caso di inerzia della Regione (nella specie il riferimento è all'art.1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2007»). Vi sarebbe, dunque, contrasto con i parametri costituzionali di salvaguardia dell'autonomia regionale, nella misura in cui il commissario ad acta è autorizzato all'adozione di atti normativi che implicano scelte organizzative non espressamente previste dal piano di rientro, idonee a modificare in modo significativo le scelte fondamentali del Consiglio regionale operate in materia di organizzazione del Servizio sanitario regionale.

Viene dedotto il contrasto anche in riferimento ad altri parametri costituzionali, ovvero gli artt. 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, e 121, secondo comma, Cost. che riservano la funzione legislativa dello Stato alle Camere, consentendone l'esercizio da parte del Governo solo nelle forme del decreto legislativo e del decreto-legge, e quella delle Regioni al Consiglio regionale. L'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009 attribuirebbe al commissario ad acta un potere normativo atipico, con forza di legge e, come tale, idoneo ad innovare la legislazione regionale, introducendo così una fonte primaria di produzione normativa la cui istituzione è, tuttavia, riservata alle fonti costituzionali. Inoltre, in ragione del collegamento tra il sistema delle fonti primarie ed il principio di rappresentanza, si imporrebbe la

lettura dei richiamati parametri costituzionali in combinato disposto anche con l'art. 1, secondo comma, Cost. perchè il potere normativo previsto dalla norma impugnata non potrebbe ritenersi espressione della sovranità popolare.

Si rappresenta, quindi, che l'assetto della rete ospedaliera della Regione Molise, che qualifica l'effettività del diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., verrebbe ad essere deciso da un organo amministrativo monocratico straordinario, nell'esercizio di un potere normativo atipico, non previsto in Costituzione, che tuttavia riveste attitudine a modificare una legge regionale, espressione massima del principio della rappresentanza politica.

1.6.– Il TAR rimettente, in via subordinata, dubita della compatibilità con l'art. 120, secondo comma, Cost. – nella parte in cui individua nel «Governo» l'organo incaricato della sostituzione – dell'art. 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3), dell'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005), dell'art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 29 novembre 2007, n. 222 e dell'art. 2, commi 79, 83 e 84, della legge n. 191 del 2009, richiamati nelle premesse giustificative dei decreti commissariali impugnati, nella parte in cui consentono di attribuire ad un commissario ad acta – organo amministrativo monocratico straordinario – l'esercizio della funzione sostitutiva in parola. E ciò, con particolare riferimento all'ipotesi in cui, venendo in rilievo la necessità di abrogare, modificare, derogare o in altro modo sostituire norme di legge regionali, espressione di una autonomia costituzionale rafforzata (rispetto agli enti locali), occorre garantire l'intervento del Governo, nella sua collegialità, ex art. 92, primo comma, Cost., al fine di rispettare il dettato costituzionale e rendere al contempo possibile un vulnus temporaneo all'autonomia regionale.

2.– Nel giudizio è intervenuto il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, chiedendo che la questione venga dichiarata inammissibile o, nel merito, infondata.

Nell'atto di intervento, l'Avvocatura dello Stato osserva che il sistema dei rapporti Stato-Regioni-Autonomie, rimodulato con la riforma del Titolo V della Costituzione presuppone l'unità della Repubblica, in base agli artt. 1, 5, 114 e 139 Cost., e che per garantirne l'effettività sarebbe previsto l'intervento di cui all'art. 120, secondo comma, Cost., attraverso il quale il Governo può sostituirsi agli organi degli enti locali in caso di «mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica ed in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali». Inoltre, già l'art. 8, comma l, della legge n. 131 del 2003 richiamato dal giudice a quo prevede che il Governo, nell'esercizio del potere sostitutivo in questione, possa scegliere tra il ricorso alla figura del commissario ad acta e l'esercizio diretto del potere sostitutivo adottando i «provvedimenti necessari, anche normativi». L'Avvocatura generale dello Stato alla luce delle osservazioni richiamate, ritiene che possano essere disattese anche le censure di illegittimità costituzionale sollevate in via subordinata.

Considerato in diritto

1.– Il Tribunale amministrativo regionale per il Molise dubita della legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010), in riferimento agli artt. 5, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, 121, secondo comma, 120, secondo comma, 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, ed 1, secondo comma, della Costituzione.

Ad avviso del giudice rimettente – investito di un giudizio di annullamento, tra l'altro, di decreti del Commissario ad acta della Regione Molise per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, per lo più concernenti la riorganizzazione dell'ospedale "SS. Rosario" di Venafro – l'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009, nella parte in cui attribuisce al commissario ad acta la facoltà di adottare «tutte le misure indicate dal piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano», verrebbe a riconoscere in favore di quest'ultimo, nominato per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, un potere sostitutivo di natura legislativa o comunque normativa con forza di legge, in contrasto con i molteplici parametri costituzionali summenzionati.

2.– La questione non è fondata.

Il giudice rimettente muove dalla premessa che la disposizione impugnata conferirebbe al commissario ad acta un potere sostitutivo di natura legislativa, o comunque normativa, in contrasto con gli evocati parametri costituzionali.

La risoluzione della questione come sopra individuata presuppone che, in via preliminare, venga individuato l'ambito di cui si controverte nel presente giudizio (ex plurimis, sentenze n. 167 e n. 119 del 2014, n. 300 del 2011, n. 430 e n. 165 del 2007).

La disciplina dei piani di rientro dai deficit sanitari è riconducibile ad un duplice ambito di potestà legislativa concorrente, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, della Costituzione: tutela della salute e coordinamento della finanza pubblica (sentenze n. 163 del 2011 e n. 193 del 2007).

Alla stregua della richiamata giurisprudenza di questa Corte, la disposizione censurata è ascrivibile alla disciplina dei Piani di rientro dai disavanzi del settore sanitario, espressione del potere sostitutivo straordinario del Governo ex art. 120 Cost. (ex multis, sentenze n. 250 del 2009 e n. 43 del 2004).

Questa Corte, in riferimento all'art. 120, secondo comma, Cost., ha affermato in più pronunce, che la nomina di un commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, previamente concordato tra lo Stato e la Regione interessata, «sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali, essendosi questi ultimi sottratti ad un'attività che pure è imposta dalle esigenze della finanza pubblica». Detta attività è volta a soddisfare «la necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale (art. 32 Cost.) qual è quello alla salute» (tra le tante, sentenze n. 104 e n. 28 del 2013, n. 78 del 2011 e n. 193 del 2007). In questo quadro, è stato affermato che «le funzioni amministrative del commissario, ovviamente fino all'esaurimento dei suoi compiti di attuazione del piano di rientro, devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, senza che possa essere evocato il rischio di fare di esso l'unico soggetto cui spetti di provvedere per il superamento della situazione di emergenza sanitaria in ambito regionale» (sentenza n. 78 del 2011 e, nello stesso senso, sentenza n. 104 del 2013).

Occorre evidenziare che con la legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005), in ragione della persistente inadempienza di alcune Regioni nel controllo della spesa sanitaria, è stata introdotta una complessa procedura finalizzata al risanamento della gestione dei servizi sanitari regionali attraverso la definizione di piani di rientro, ricompresi in più ampi accordi, sottoscritti tra le Regioni in disavanzo e lo Stato.

La vincolatività dei piani di rientro, già prevista dall'art. 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2007), è stata ribadita dall'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009, questi ultimi espressione, secondo la Corte, di «un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica» (sentenze n. 91 del 2012, n. 163 e n. 123 del 2011). Questa Corte ha, altresì, affermato che «l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nella materia della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del

servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa», peraltro in un «quadro di esplicita condivisione, da parte delle Regioni, della necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario» (sentenza n. 193 del 2007).

3.– Tanto premesso, ai fini della risoluzione dell'odierna questione, giova richiamare quanto affermato da questa Corte con la sentenza n. 361 del 2010, che ha escluso la possibilità di ritenere conformi al dettato costituzionale provvedimenti commissariali aventi forza di legge regionale. La Corte, nella citata pronunzia, ha chiarito che «a livello regionale è solo il Consiglio regionale l'organo titolare del potere legislativo» e che «la disciplina contenuta nell'art. 120 Cost. non può essere interpretata come legittimante il conferimento di poteri legislativi ad un soggetto che sia stato nominato Commissario dal Governo».

Sulla base della richiamata sentenza n. 361 del 2010, che ha ulteriormente contribuito a delineare i limiti dei poteri sostitutivi, occorre ribadire che l'esercizio del potere di cui all'art. 120, secondo comma, Cost. non può modificare l'ordine delle attribuzioni, né creare nuovi tipi di atti legislativi di competenza di organi che non hanno funzioni legislative.

Pertanto, conformemente all'orientamento di questa Corte, la norma impugnata non legittima, in favore del commissario ad acta, un intervento sostitutivo di natura legislativa.

Nel caso di specie, va escluso, peraltro, che il commissario ad acta, nominato per l'attuazione ex art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009, abbia posto in essere atti di natura legislativa. Il commissario ha agito, piuttosto, nell'ambito delineato dal piano di rientro, ponendo in essere atti di carattere amministrativo ritenuti necessari ai fini del contenimento della spesa sanitaria.

4.– Il Tribunale amministrativo regionale per il Molise dubita in via subordinata, in riferimento all'art. 120, secondo comma, Cost., della legittimità costituzionale, oltre che dell'art. 2, comma 83, della legge n. 191 del 2009, questione testé dichiarata non fondata, dell'art. 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla l. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3), dell'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005), dell'art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 29 novembre 2007, n. 222 e dell'art. 2, commi 79 e 84, della legge n. 191 del 2009. Le norme impugnate consentirebbero, infatti, l'adozione di atti sostitutivi normativi da parte del commissario ad acta, in contrasto con il citato art. 120, secondo comma, Cost., «nella parte in cui attribuisce il potere di intervento normativo al Governo nella sua collegialità, ai sensi dell'art. 92, primo comma, Cost.».

5.– La questione, dichiaratamente proposta in via subordinata, censurando le norme in quanto attributive di assunti poteri sostitutivi di carattere legislativo al commissario ad acta, non presenta in realtà alcun carattere di autonomia rispetto alla questione principale. Essa, quindi, va dichiarata inammissibile.

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

1) dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 2, comma 83, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010), sollevata, in riferimento agli artt. 1, secondo comma, 5, 70, primo comma, 77, primo e secondo comma, 114, secondo comma, 117, terzo e sesto comma, 120, secondo comma, e 121, secondo comma, della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per il Molise con l'ordinanza indicata in epigrafe;

2) dichiara inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell’art. 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (Disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento della Repubblica alla L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3), dell’art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005), dell’art. 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159 (Interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l’equità sociale), convertito, con modificazioni, dall’art. 1, comma 1, della legge 29 novembre 2007, n. 222 e dell’art. 2, commi 79 e 84, della legge n. 191 del 2009, sollevata, in riferimento all’art. 120, secondo comma, della Costituzione, dal Tribunale amministrativo regionale per il Molise con l’ordinanza indicata in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, l'1 dicembre 2014.

F.to:

Alessandro CRISCUOLO, Presidente

Sergio MATTARELLA, Redattore

Gabriella Paola MELATTI, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 12 dicembre 2014.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Gabriella Paola MELATTI

Le sentenze e le ordinanze della Corte costituzionale sono pubblicate nella prima serie speciale della Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (a norma degli artt. 3 della legge 11 dicembre 1984, n. 839 e 21 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092) e nella Raccolta Ufficiale delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale (a norma dell'art. 29 delle Norme integrative per i giudizi davanti alla Corte costituzionale, approvate dalla Corte costituzionale il 16 marzo 1956).

Il testo pubblicato nella Gazzetta Ufficiale fa interamente fede e prevale in caso di divergenza.

Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40

Disciplina del servizio sanitario regionale.

(Bollettino Ufficiale n. 19, parte prima, supplemento n. 40, del 07.03.2005)

INDICE

Titolo I - OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI
Art. 1 - Oggetto e finalità
Art. 2 - Definizioni
Titolo II - PRINCIPI
Art. 3 - I principi costitutivi del servizio sanitario regionale
Art. 4 - Percorso assistenziale
Art. 5 - Promozione della ricerca e dell'innovazione
Art. 6 - L'integrazione delle politiche sanitarie
Art. 7 - L'educazione alla salute
Art. 7 bis - Salute globale e lotta alle disuguaglianze
Titolo III - PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIALE INTEGRATA REGIONALE E VALUTAZIONE
Capo I - Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale
Art. 8 - I livelli e gli strumenti di programmazione
Art. 9 - La programmazione di area vasta
Art. 9 bis - Direttore per la programmazione di area vasta
Art. 9 ter - Funzioni della programmazione di area vasta
Art 9 quater - Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta
Art. 9 quinquies - Dipartimenti interaziendali di area vasta
Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata
Art. 10 - Regione
Art. 10 bis - Interazione tra gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute
Art. 11 - Conferenza regionale dei sindaci
Art. 11 bis - Conferenza dei sindaci di area vasta
Art. 12 - Conferenza aziendale dei sindaci
Art. 12 bis - Conferenza zonale integrata
Art. 13 - Università
Art. 14 - Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
Art. 15 - Partecipazione alla programmazione
Art. 16 - Tutela dei diritti dell'utenza
Art 16 bis Consiglio dei cittadini per la salute
Art 16 ter Comitato aziendale di partecipazione
Art. 16 quater Comitato di partecipazione di zona-distretto e altre forme partecipative
Art. 16 quinquies Norme di prima applicazione
Art. 17 - Rapporti con il volontariato, le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale
Capo III - Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata
Art. 18 -Il piano sanitario e sociale integrato regionale
Art. 19 - Contenuti del piano sanitario e sociale integrato regionale
Art. 20 - La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate
Art. 20 bis - Strumenti e procedure di valutazione
Art. 20 ter - Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario
Art. 21 - Piani integrati di salute
Art. 22 - Piani attuativi locali
Art. 23 - Piani attuativi ospedalieri
Art. 23 bis - Piano di area vasta
Art. 24 - Relazione sanitaria aziendale
Art. 25 - Fondo sanitario regionale
Art. 26 - Determinazione del fabbisogno finanziario
Art. 27 - Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali

Art. 28 - Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 29 - Finanziamento della mobilità sanitaria
Art. 30 - Finanziamento aziendale tramite tariffe
Art. 30 bis - Indebitamento delle Aziende e dell' ESTAR
Titolo IV - ORDINAMENTO
Capo I - Aziende sanitarie
Art. 31 - Aziende sanitarie
Art. 32 - Aziende unità sanitarie locali
Art. 33 - Aziende ospedaliero-universitarie
Art. 33 bis - Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer
Art. 33 ter - Percorso pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico
Art. 34 - Sperimentazioni gestionali
Art. 34 bis
Capo II - Funzioni gestionali
Art. 35 - Organi
Art. 36 - Funzioni e competenze del direttore generale
Art. 37 - Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale
Art. 38 - Cause di incompatibilità e di inconferibilità del direttore generale
Art. 39 - Cause di decadenza e revoca del direttore generale
Art. 40 - Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali
Art. 40 bis - Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, a direttore sanitario, a direttore dei servizi sociali, a direttore delle società della salute e a direttore delle zone-distretto
Art. 40 ter - Collegio di direzione delle aziende sanitarie
Art. 41 - Collegio sindacale. Nomina e funzionamento
Art. 42 - Collegio sindacale. Funzioni
Capo III - Funzioni consultive del governo clinico
Art. 43 - Le strutture regionali del governo clinico
Art. 44 - Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali
Art. 45 - Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 46 - Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 47 - Elezioni del consiglio dei sanitari
Art. 48 - Collegio di direzione delle aziende sanitarie
Art. 49 - Collegio di direzione di area vasta
Capo III bis - Organismo toscano per il governo clinico e Osservatorio per le professioni sanitarie
Art. 49 bis - Organismo toscano per il governo clinico
Art. 49 ter - Articolazione funzionale dell'Organismo toscano per il governo clinico
Art. 49 quater - Coordinatore dell'organismo toscano per il governo clinico
Art. 49 quinquies - Ufficio di coordinamento
Art. 49 sexies - Comitato tecnico scientifico
Art. 49 septies - Struttura di supporto all'Organismo toscano per il governo clinico
Art. 49 octies - Indennità e rimborso spese
Art. 49 novies - Regolamento
Art. 49 decies - Osservatorio per le professioni sanitarie
Capo IV - Statuto aziendale
Art. 50 - Statuto aziendale
Capo V - Formazione sanitaria e ricerca
Art. 51 - La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua
Art. 52 - Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base
Art. 53 - Formazione specialistica
Art. 54 - La ricerca e l'innovazione
Titolo V - ORGANIZZAZIONE
Capo I - Principi organizzativi
Art. 55 - Principi e finalità dell'organizzazione
Art. 55 bis - Criteri per l'assegnazione del personale nelle strutture organizzative

Art. 56 - Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo
Art. 57 - Direzione aziendale
Art. 58 - Funzioni operative
Art. 59 - Direzione di strutture organizzative sanitarie
Art. 59 bis - Conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa per la dirigenza del ruolo sanitario.
Capo II - Articolazione organizzativa professionale
Art. 60 - Strutture organizzative professionali e loro compiti
Art. 61 - Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali
Art. 62 - Responsabilità delle strutture organizzative professionali
Capo III - Articolazione organizzativa funzionale
Art. 63 - Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie
Art. 64 -Zona-distretto
Art. 64.1 Direttore di zona
Art. 64.2 Struttura a supporto del direttore di zona
Art. 64 bis - Rapporto di lavoro del responsabile di zona
Art. 64 ter - Comitato di partecipazione degli utenti
Art. 65 - Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali - Società della salute
Art. 66 - L'organizzazione della zona-distretto
Art. 67 - Dipartimento della prevenzione
Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona
Art. 68 bis - Il direttore di rete ospedaliera
Art. 69 - Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie
Art. 69 bis - Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali
Art. 69 ter - Dipartimenti ospedalieri
Art. 69 quater - Dipartimenti territoriali
Art. 69 quinquies - Dipartimenti delle professioni
Art. 70 - Dipartimenti aziendali ed interaziendali
Art. 70 bis - Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria
Art. 71 - Dipartimento dell'emergenza urgenza
Capo III bis - Società della salute
Art. 71 bis - Società della salute: finalità e funzioni
Art. 71 ter - Governo della domanda
Art. 71 quater - Costituzione della società della salute
Art. 71 quinquies - Organi della società della salute
Art. 71 sexies - Assemblea dei soci
Art. 71 septies - Giunta esecutiva
Art. 71 octies - Presidente della società della salute
Art. 71 novies - Direttore della società della salute
Art. 71 decies - Organi di controllo
Art. 71 undecies - Le forme di partecipazione
Art. 71 duodecies - Compensi ai componenti degli organi
Art. 71 terdecies - Contabilità della società della salute
Art. 71 quaterdecies - Finanziamento della società della salute
Art. 71 quindecies - Gli assetti organizzativi
Art. 71 sexies decies - Personale
Art. 71 septies decies - Partecipazione delle province
Art. 71 octies decies - Sistema informativo
Art. 71 novies decies - Disposizioni concernenti le società della salute in attività ai sensi dell'articolo 71 bis
Art. 71 vicies - Disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute
Titolo VI - PRESIDI E PRESTAZIONI
Capo I - Presìdi
Art. 72 - Presìdi
Art. 73 - Organizzazione e funzionamento dei presìdi delle aziende sanitarie
Capo II - Prestazioni
Art. 74 - Prestazioni

Art. 74 bis Integrazione dei sistemi di prenotazione innovativi
Art. 75 - Accesso alle prestazioni
Art. 76 - Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private
Art. 76 bis - Fascicolo sanitario elettronico
Capo II bis - Sistema sanitario di emergenza urgenza
Art. 76 ter - Sistema sanitario di emergenza urgenza
Art. 76 quater - Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale
Art. 76 quinquies - Elenco regionale
Art. 76 sexies - Programmazione ed organizzazione dei servizi
Art. 76 septies - Conferenza regionale permanente
Art. 76 octies - Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza
Art. 76 novies - Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale
Art. 76 decies - Monitoraggio e valutazione
Art. 76 undecies - Regolamento di attuazione
Capo III - Prestazioni di assistenza farmaceutica
Art. 77 - Erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 78 - Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 79 - Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 80 - Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
Art. 81 - Commissione terapeutica regionale
Titolo VII - ORGANISMI DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO
Capo I - Agenzia regionale di sanità
Art. 82 - Agenzia regionale di sanità
Art. 82 bis - Compiti e attribuzioni
Art. 82 ter - Strumenti operativi
Art. 82 quater - Organi
Art. 82 quinquies - Composizione del Comitato di indirizzo e controllo
Art. 82 sexies - Competenze del Comitato di indirizzo e controllo. Gettone di presenza.
Art. 82 septies - Presidente
Art. 82 octies - Collegio dei revisori dei conti
Art. 82 novies - Funzioni e competenze del Direttore
Art. 82 decies - Nomina e rapporto di lavoro del direttore
Art. 82 decies 1 - Indirizzi regionali
Art. 82 undecies - Programma di attività
Art. 82 undecies 1 - Piano della qualità della prestazione organizzativa e relazione sulla qualità della prestazione
Art. 82 duodecies - Strutture organizzative
Art. 82 terdecies - Regolamento generale di organizzazione
Art. 82 quaterdecies - Approvazione atti fondamentali
Art. 82 quindecies - Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione
Art. 82 sexies decies - Personale
Art. 82 septies decies - Bilancio
Art. 82 octies decies - Finanziamento
Art. 82 novies decies - Esercizio dell'attività delle strutture tecnico-scientifiche
Art. 82 vicies - Norme transitorie e finali
Capo II - Consiglio sanitario regionale
Art. 83 - Consiglio sanitario regionale
Art. 84 - Funzioni
Art. 85 - Organi
Art. 86 - Presidente
Art. 87 - Vice presidente
Art. 88 - Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni
Art. 89 - Assemblea. Composizione
Art. 90 - Assemblea. Funzioni
Art. 91 - Regolamento
Art. 92 - Articolazioni di funzioni e organi

Art. 93 - Struttura
Art. 94 - Indennità e rimborso spese
Capo III - Commissione regionale di bioetica e comitati etici
Art. 95 - Commissione regionale di bioetica
Art. 96 - Funzioni della commissione regionale di bioetica
Art. 97 - Composizione della Commissione regionale di bioetica
Art. 98 - Funzionamento della Commissione regionale di bioetica
Art. 99 - Comitati per l'etica clinica
Art. 99 bis - Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica
Art. 99 ter - Nucleo di supporto alle attività regionali di bioetica e sperimentazione clinica
Capo IV - Ente di supporto tecnico- amministrativo regionale
Art. 100 - Istituzione e natura giuridica
Art. 101 - Competenze e attribuzioni
Art. 101.1 - Acquisto beni e servizi
Art. 101 bis -Procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale
Art. 102 - Organi
Art. 103 - Direttore generale
Art. 104 - Consiglio direttivo
Art. 105 - Collegio sindacale
Art. 106 - Direttore amministrativo
Art. 106 bis - Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo
Art. 107 - Organizzazione
Art. 108 - Patrimonio, contabilità e contratti
Art. 109 - Finanziamento
Art. 110 - Personale
Titolo VIII - PATRIMONIO, CONTABILITA' E CONTRATTI
Capo I - Patrimonio
Art. 111 - Trasferimento dei beni
Art. 112 - Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti
Art. 113 - Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti
Art. 114 - Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio
Art. 115 - Procedura di alienazione dei beni immobili
Art. 115 bis - Patrimonio delle aziende ospedaliero- universitarie
Art. 116 - Inventario dei beni immobili e mobili
Art. 117 - Consegnatari responsabili
Art. 118 - Beni di consumo e contabilità di magazzino
Art. 119 - Beni in visione, prova e comodato
Art. 119 bis - Piani degli investimenti delle aziende sanitarie
Art. 119 ter - Gestione sanitaria accentrata presso la Regione
Capo II - Contabilità
Art. 120 - Bilancio pluriennale di previsione
Art. 121 - Bilancio preventivo economico annuale
Art. 121 bis - Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali
Art. 122 - Bilancio di esercizio
Art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio
Art. 123 bis - Bilancio consolidato del servizio sanitario regionale
Art. 124 - Libri obbligatori
Art. 125 - Contabilità generale
Art. 126 - Sistema budgetario
Art. 127 - Contabilità analitica
Art. 128 - Controllo di gestione
Art. 129 - Responsabilità
Art. 130 - Modalità dei pagamenti e servizi di cassa
Art. 131 - Casse economali
Capo III - Attività contrattuale
Art. 132 - Normativa applicabile
Art. 133 - Regolamento dell'attività contrattuale
Art. 134 - Capitolati

Art. 135 - Osservatorio generale dei prezzi
Titolo IX - NORME TRANSITORIE E FINALI
Art. 136 - Relazioni sindacali
Art. 137 - Revisione degli statuti aziendali
Art. 138 - Costituzione delle aziende ospedaliero- universitarie
Art. 139 - Disposizioni relative all'ARS
Art. 140 - Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica
Art. 141 - Disposizioni relative agli ESTAV
Art. 142 - Disposizioni diverse
Art. 142 bis - Norme transitorie
Art. 142 ter - Norma di prima applicazione dell'articolo 55 bis
Art. 142 quater - Disposizioni transitorie in materia di ESTAR
Art. 142 quinquies - Disposizioni transitorie in materia di ESTAV
Art. 142 sexies - Disposizioni transitorie relative al personale
Art. 142 septies - Disposizioni di prima applicazione
Art. 142 octies - Disposizione transitoria relativa alla Commissione terapeutica regionale
Art. 142 novies Disposizione transitoria relativa al piano sanitario e sociale integrato regionale
Art. 142 decies Disposizione transitoria relativa agli elenchi degli aspiranti direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali
Art. 142 undecies Disposizioni transitorie relative alla programmazione di area vasta
Art. 142 duodecies Disposizioni transitorie relative al nucleo tecnico a supporto della programmazione di area vasta
Art. 143 - Norma finanziaria
Art. 143 bis - Nomina degli organismi regionali
Art. 144 - Abrogazioni
Art. 144 bis - Sostituzione dell'allegato A della l.r. 40/2005

Titolo I
OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI

Art. 1
Oggetto e finalità

1. La presente legge, in conformità ai principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell' articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) come modificato dalla legge 26 maggio 2004, n. 138 , di seguito indicato come decreto delegato, e nel decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università a norma dell' articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), disciplina:
   *a) gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria e sociale integrata e della valutazione; **(67)***
   b) l'organizzazione e l'ordinamento del servizio sanitario regionale;
   c) i criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie;
   d) il patrimonio e la contabilità delle aziende sanitarie;
   e) le erogazioni delle prestazioni;
   e bis) le modalità di partecipazione degli enti locali al governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale; ***(68)***
   *e ter) la partecipazione dei cittadini alle scelte del sistema sanitario regionale. **(69)***

Art. 2
Definizioni

1. Ai fini della presente legge si intende:
   a) *per area vasta, l'ambito di attuazione della programmazione strategica regionale nel quale sono integrate le programmazioni dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero universitaria; **(405)***
   b) per assistiti, i cittadini residenti e coloro che hanno diritto all' *assistenza sanitaria e sociale integrata **(70)*** in base alle disposizioni vigenti, cui sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;

c) per aziende sanitarie, le aziende ospedaliero-universitarie e le aziende unità sanitarie locali;

d) per azione programmata, lo strumento di programmazione previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(70)*** e adottato dalla Regione al quale le aziende sanitarie e gli altri produttori accreditati devono conformarsi; l'azione programmata ha ad oggetto:

1) il percorso assistenziale di determinate patologie;

2) la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica;

3) l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva;

e) per bacino dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'area territoriale delimitata dagli strumenti regionali di programmazione entro la quale l'azienda ospedaliero-universitaria opera;

f) per budget, il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale, il quale è tenuto a rendicontare il raggiungimento degli obiettivi ed il corretto utilizzo delle risorse;

g) per dipartimento, la struttura funzionale istituita per garantire l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, i percorsi assistenziali integrati e le procedure operative omogenee, in relazione ad azioni programmate, progetti obiettivo o specifici processi produttivi, finalizzata a garantire l'apporto dei professionisti al governo dei servizi;

h) per formazione continua, il complesso delle attività e delle iniziative di adeguamento, aggiornamento e sviluppo continuo delle competenze rivolte al personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario regionale;

i) per formazione di base, il complesso delle attività di studio e di tirocinio finalizzate al conseguimento dei titoli e dei requisiti necessari per l'esercizio delle professioni sanitarie o per l'accesso ai ruoli del servizio sanitario regionale;

l) per funzione operativa, l'insieme di attività riconosciute come omogenee sotto il profilo professionale;

m) per governo clinico, il complesso delle attività finalizzate a promuovere a livello aziendale, di area vasta e regionale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'appropriatezza del percorso assistenziale e lo sviluppo delle reti di eccellenza;

n) per livello uniforme ed essenziale di assistenza, l'insieme delle prestazioni che il servizio sanitario regionale è tenuto ad assicurare sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale a tutela della collettività e dell'individuo;

o) per percorso assistenziale, il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio-sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione;

o bis) per piano sanitario e sociale integrato regionale, l'atto unico di programmazione regionale che comprende l'assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria integrata; ***(71)***

p) per presidio, il complesso unitario delle dotazioni strutturali e strumentali organizzate per lo svolgimento di attività omogenee e per l'erogazione delle relative prestazioni; un presidio può articolarsi in più edifici o stabilimenti; uno stesso edificio o stabilimento può ospitare più presìdi;

q) per progetto obiettivo, lo strumento di programmazione previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(70)*** e adottato dalla Regione finalizzato a tutelare specifiche tipologie di utenza mediante azioni coordinate ed integrate di natura sanitaria e sociale;

q bis) *per rete pediatrica regionale, il complesso di obiettivi, modelli organizzativi e percorsi clinico assistenziali condivisi nei principali ambiti di assistenza pediatrica che garantiscano le migliori cure disponibili e la presa in carico e assistenza più adeguata al paziente pediatrico nel luogo più vicino alla sua residenza, sia in ambito ospedaliero che territoriale, in forma coordinata;* ***(406)***

r) per servizi ospedalieri in rete, il sistema di collegamenti funzionali fra presìdi ospedalieri finalizzati ad assicurare all'assistito l'appropriatezza del percorso assistenziale nella fase di degenza, attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse. I servizi ospedalieri in rete si sviluppano e operano in forma coordinata con i servizi sanitari di zona-distretto allo scopo di assicurare all'assistito l'appropriatezza del percorso assistenziale prima e dopo la degenza;

s) per servizi sanitari territoriali di zona-distretto, il sistema dei servizi di assistenza educativa, di prevenzione, di attività socio-assistenziali a rilievo sanitario, di diagnosi, di cura e riabilitazione erogati non in regime di ricovero;

s bis) per società della salute, la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali che esercitano la funzione sociale ***(599)*** *per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate;* ***(71)***

t) per struttura organizzativa funzionale, l'unità organizzativa multiprofessionale che aggrega funzioni operative appartenenti a settori omogenei di attività; essa si qualifica come:

1) *area funzionale, per le attività tecnico amministrative del centro direzionale;* ***(407)***

1 bis) *articolazioni organizzative funzionali multidisciplinari e multi professionali per la gestione dei percorsi clinici per specifiche tipologie di pazienti in ambito ospedaliero e nella continuità ospedale territorio;* ***(408)***

2) unità funzionale, per le attività di erogazione delle prestazioni assistenziali dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e della prevenzione;

3) *abrogato;* ***(409)***

u) per struttura organizzativa professionale, l'insieme di professionalità omogenee, attinenti ad una specifica funzione operativa; essa si qualifica come:

1) *unità operativa, che è dotata di piena autonomia tecnico-professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa; le attività organizzative dell'unità operativa sono svolte in coerenza ed in modo integrato con la programmazione e le direttive gestionali del dipartimento multidisciplinare di appartenenza;* ***(407)***

1 bis) *unità operativa semplice dipartimentale, la cui autonomia tecnico-professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile del dipartimento di riferimento; l'unità operativa semplice dipartimentale è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie;* ***(408)***

2) sezione ed ufficio, la cui autonomia tecnico professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa di riferimento; la sezione è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie ospedaliere, gli uffici per le attività tecnico-amministrative;

u bis) per valutazione, il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati; ***(71)***

v) per zona-distretto, l'articolazione territoriale della azienda unità sanitaria locale, *individuata ai sensi dell'articolo 64, comma 4, che può essere suddivisa in ulteriori articolazioni territoriali volte a garantire la partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione.* ***(600) (410) (70)***

Titolo II
PRINCIPI

Art. 3
I principi costitutivi del servizio sanitario regionale

1. Il servizio sanitario regionale, in coerenza con i principi e i valori della Costituzione e dello Statuto regionale, ispira la propria azione a:

a) centralità e partecipazione del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;

b) universalità e parità di accesso ai servizi sanitari per tutti gli assistiti;

c) garanzia per tutti gli assistiti dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione;

c bis) *rispetto del criterio di attenzione alle zone disagiate, montane, insulari e di confine, alla loro identità territoriale, alle esperienze ospedaliere maturate;* ***(411)***

d) unicità del sistema sanitario e finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;

e) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;

f) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle che operano nel terzo settore;

f bis) intervento mediante processi partecipativi ai sensi della legge regionale 27 dicembre 2007, n. 69 (Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali); ***(61)***

g) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali agli atti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale;* ***(72)***

h) libertà di scelta del luogo di cura e dell'operatore sanitario nell'ambito dell'offerta e dei percorsi assistenziali programmati;

i) valorizzazione professionale del personale del servizio sanitario regionale e promozione della sua partecipazione ai processi di programmazione e valutazione della qualità dei servizi;

i bis) integrazione delle politiche sanitarie sociali con le politiche settoriali che ad ogni livello hanno

effetti sulle condizioni di salute e di vita dei cittadini, finalizzata alla promozione della salute, e a concorrere a determinare lo stato di benessere degli individui; ***(73)***

i ter) puntuale e costante verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini. ***(74)***

Art. 4
Percorso assistenziale

1. *I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili. Tali servizi erogano anche prestazioni di medicina complementare e integrata, in base alla valutazione di comprovata efficacia e nel rispetto della programmazione regionale in materia.* ***(412)***

2. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono responsabili verso gli assistiti dell'attivazione del percorso assistenziale, fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni in materia di accesso ai servizi socio-sanitari integrati che richiedono un apporto multidisciplinare.

3. *Per le attività di assistenza sociale e per quelle socio-assistenziali a rilievo sanitario, le aziende sanitarie, d'intesa con gli enti locali, ovvero, ove costituita, la società della salute, definiscono procedure per assicurare l' appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale; tali procedure devono garantire:*

   a) il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali sia domiciliari che semiresidenziali, residenziali e riabilitativi della zona-distretto;

   b) l'accesso con modalità uniformi ai servizi sanitari territoriali e socio-sanitari, nonché ai servizi sociali integrati;

   c) il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e i medici specialisti ambulatoriali interni ***(413)*** *in conformità delle convenzioni nazionali e la loro responsabilizzazione nella programmazione, nell'attuazione e nel controllo del percorso assistenziale;*

   d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in area vasta e in ambito regionale. ***(75)***

4. *Anche per le finalità di cui all' articolo 20,* ***(76)*** la Giunta regionale definisce un sistema di indicatori per verificare la congruità, l' appropriatezza e l'omogeneità organizzativa del percorso assistenziale e la qualità delle prestazioni e dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie.

Art. 5
Promozione della ricerca e dell'innovazione

1. La Regione promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca nell'ambito delle funzioni di governo del servizio sanitario della Toscana.

2. Le attività relative alla innovazione ed alla ricerca sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(77)*** e sono svolte secondo i principi di trasparenza, valutabilità e verificabilità degli esiti e loro trasferibilità sul sistema dei servizi.

3. A tal fine, la Regione garantisce adeguate forme di pubblicizzazione per la selezione dei progetti di innovazione e ricerca.

3 bis. *La Regione, al fine di contribuire allo sviluppo della qualità dei servizi del servizio sanitario regionale, promuove, anche attraverso il Distretto toscano Scienze della vita di cui alla deliberazione della Giunta regionale 14 giugno 2010, n. 603 (POR CReO Fesr 2007-2013. PRSE 2007-2010. Distretti tecnologici. Atto di indirizzo. Prima attuazione programma legislatura 2010-2015), la collaborazione tra i vari attori della ricerca, dell'innovazione e del trasferimento tecnologico e investe sulla valorizzazione e sulla tutela dei risultati della ricerca.* ***(322)***

Art. 6
L'integrazione delle politiche sanitarie

1. La Regione assume come finalità la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività; a tal fine, la Regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali ed il loro orientamento anche al fine di perseguire obiettivi di salute.

2. Gli enti locali concorrono per le proprie competenze al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle *rappresentanze sociali,* ***(78)*** a livello locale e a livello di area vasta. I comuni concorrono altresì alla *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale* ***(78)*** attraverso la *conferenza regionale dei sindaci* ***(78)*** di cui all' articolo 11; i comuni esercitano inoltre le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all' articolo 3, comma 14, del decreto delegato nell'ambito territoriale di ciascuna azienda unità sanitaria locale, tramite la

conferenza aziendale dei sindaci ***(78)*** di cui all' articolo 12 *e tramite la conferenza zonale integrata di cui all'articolo 12 bis.* ***(414)***

3. I comuni partecipano al governo dei servizi sanitari territoriali in forma integrata con i servizi sociali attraverso le Società della salute *di cui all' articolo 71 bis.* ***(78)***

Art. 7
L'educazione alla salute

1. La Regione promuove negli assistiti la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro.

2. Sono compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza anche le azioni informative ed educative volte ad accrescere la consapevolezza degli assistiti in merito alla conservazione e al miglioramento del proprio stato di salute. *La Regione promuove l'adozione sistematica di iniziative volte a sostenere la salute delle donne nelle fasi della loro vita, nell'ambito delle azioni di educazione alla salute.* ***(223)***

3. Le aziende sanitarie e le società della salute, ciascuna per le proprie competenze, attuano interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni del terzo settore ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche. ***(79)***

Art. 7 bis
Salute globale e lotta alle disuguaglianze ***(415)***

1. *La Regione Toscana, al fine di contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute e rendere più agevole l'accesso al servizio sanitario, promuove interventi sanitari in favore delle popolazioni più svantaggiate, anche a livello di cooperazione sanitaria internazionale.*

2. *Le attività di cui al comma 1 sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal piano sanitario e sociale integrato regionale e dagli strumenti di programmazione regionale in materia di attività internazionali e di cooperazione sanitaria internazionale.*

3. *Per l'esercizio delle attività di cui al presente articolo, la Regione si avvale del Centro di salute globale, istituito presso l'azienda ospedaliero-universitaria Meyer, quale struttura di coordinamento a carattere regionale in materia di: salute globale, cooperazione sanitaria internazionale e salute dei migranti.*

Titolo III
PROGRAMMAZIONE SANITARIA E SOCIALE INTEGRATA REGIONALE E VALUTAZIONE ***(80)***

Capo I
Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale ***(81)***

Art. 8
I livelli e gli strumenti di programmazione ***(82)***

1. La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione assicura, in coerenza con gli strumenti della programmazione nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale, e persegue le finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).

2. La programmazione in materia sanitaria e sociale è articolata su due livelli, regionale e locale.

3. Sono strumenti della programmazione regionale:
a) il piano sanitario e sociale integrato regionale ed i relativi strumenti di attuazione;
b) gli atti di programmazione di area vasta; ***(416)***
b bis) gli atti della programmazione della rete pediatrica regionale; ***(417)***
b ter) l'atto regionale di definizione delle linee annuali di programmazione e individuazione degli obiettivi. ***(417)***

4. Sono strumenti della programmazione locale:
a) i piani integrati di salute di cui all'articolo 21;
b) i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 22;
c) i piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 23;
d) le intese e gli accordi stipulati in attuazione degli strumenti di cui al comma 3;
d bis) il sistema annuale di budget aziendale, in linea con gli obiettivi definiti con l'atto regionale.

(417)

Art. 9
La programmazione di area vasta ***(418)***

1. *La Regione garantisce e sovrintende all'attuazione della programmazione strategica regionale attraverso la programmazione di area vasta ed i relativi piani di area vasta.* ***(686)***

1 bis. La programmazione di area vasta è demandata al direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute. ***(687)***

2. *Le aziende unità sanitarie locali, le aziende ospedaliero-universitarie e gli altri enti del servizio sanitario regionale concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali.*

3. *Al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete, l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e delle competenze, la Regione promuove:*
   a) l'attivazione dei dipartimenti interaziendali di area vasta, quale strumento di coordinamento tecnico professionale finalizzato a supportare la programmazione strategica di area vasta;
   b) le iniziative di continuo miglioramento della riorganizzazione a livello di area vasta anche al fine di garantire una omogenea erogazione dei livelli essenziali di assistenza;
   c) la valorizzazione della governance tra le istituzioni.

4. *Per l'esercizio delle funzioni di cui al presente articolo, sono individuate le seguenti aree vaste:*
   a) Area vasta Toscana centro, comprendente l'azienda unità sanitaria locale Toscana centro, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Careggi;
   b) Area vasta Toscana nord-ovest, comprendente l'azienda unità sanitaria locale nord-ovest, nonché l'azienda ospedaliera universitaria Pisana;
   c) Area vasta Toscana sud-est, comprendente l'azienda unità sanitaria locale sud est, nonché l'azienda ospedaliero universitaria Senese.

5. *L'azienda ospedaliero-universitaria Meyer partecipa, in relazione alle competenze di cui all'articolo 33 bis, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.*

6. *La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio per la ricerca medica e di sanità pubblica partecipa, per quanto di competenza, alle attività di programmazione dell'area vasta nord-ovest e ai dipartimenti interaziendali della medesima area vasta; per le funzioni di valenza regionale partecipa alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.*

7. *L'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) partecipa, per quanto di competenza, alla programmazione delle tre aree vaste di cui al comma 4.*

Art. 9 bis
Direttore per la programmazione di area vasta ***(419)*** ***(688)*** ***(721)***

Abrogato.

Art. 9 ter
Funzioni della programmazione di area vasta ***(420)*** ***(689)***

1. *Il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, per l'esercizio della programmazione di area vasta, espleta le seguenti funzioni:*
   a) predisposizione, in attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, in conformità alle direttive impartite dalla Giunta regionale e coadiuvato dal comitato tecnico di cui al comma 2, della proposta del piano di area vasta, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci e con il Rettore dell'università;
   b) individuazione, sulla base delle proposte dei dipartimenti interaziendali di area vasta, del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;
   c) monitoraggio e controllo, anche in corso d'anno, circa le iniziative assunte dalle aziende sanitarie in attuazione della programmazione di area vasta;
   d) elaborazione della relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta. La relazione è approvata con deliberazione della Giunta regionale ed è trasmessa, entro trenta giorni, alla commissione consiliare competente.

2. *Presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute è costituto un comitato tecnico per ciascuna area vasta, che coadiuva il direttore della medesima direzione in merito alla programmazione di area vasta e, in particolare, per quanto attiene all'elaborazione della proposta di piano di area vasta di cui all'articolo 23 bis. Il comitato è composto dai direttori generali delle aziende*

sanitarie e dal direttore generale dell'Ente di supporto tecnico-amministrativo regionale (ESTAR), nonché, per le rispettive funzioni di valenza regionale, dal direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, dal direttore generale della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio e dal direttore generale dell'Istituto per lo studio, la prevenzione e la rete oncologica (ISPRO).

3. *In merito alla programmazione di area vasta, il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute si avvale di un nucleo tecnico per le attività di supporto alla programmazione, per le attività di verifica e monitoraggio e per le attività tecnico amministrative. Il nucleo tecnico è composto da personale, anche di qualifica dirigenziale, interno alla direzione regionale competente o alle aziende o enti del servizio sanitario regionale ed opera presso la direzione regionale.*

4. *La partecipazione agli organismi di cui ai commi 2 e 3 è a titolo gratuito.*

Art 9 quater
Comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta ***(421)***

1. *Presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, è istituito il comitato regionale di coordinamento delle programmazioni di area vasta che svolge funzioni di coordinamento e monitoraggio* ***(690)*** .

2. *Il comitato è composto dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, che lo presiede, e dai direttori generali delle aziende sanitarie, dal direttore generale dell'ESTAR, nonché, per le rispettive funzioni di valenza regionale, dal direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer, dal direttore generale della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio e dal direttore generale dell'ISPRO.* ***(691)***

3. *Abrogato.* ***(692)***

Art. 9 quinquies
Dipartimenti interaziendali di area vasta ***(422)***

1. *Il dipartimento interaziendale di area vasta è lo strumento organizzativo di riferimento per il coordinamento della programmazione delle aziende sanitarie in ambito di area vasta.*

2. *Fanno parte del dipartimento interaziendale le unità operative dei dipartimenti aziendali, o loro unità costitutive, delle aziende sanitarie di area vasta.*

3. *Il dipartimento interaziendale di area vasta:*

a) formula proposte, ai fini della realizzazione degli obiettivi del piano di area vasta, finalizzate a garantire l'omogeneità territoriale dei servizi, la predisposizione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa, tenuto conto di soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza definiti a livello regionale;

b) contribuisce alla definizione del fabbisogno formativo e di sviluppo delle competenze;

c) fornisce al direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute contributi per il monitoraggio delle iniziative assunte dalle aziende in attuazione della programmazione di area vasta. ***(693)***

4. *Il dipartimento interaziendale di area vasta è dotato di un'assemblea, composta dai direttori dei dipartimenti afferenti ai percorsi clinico assistenziali concernenti il dipartimento interaziendale interessato.* ***(694)***

4 bis. L'assemblea, di cui al comma 4, può svolgere la propria attività attraverso la costituzione di gruppi di lavoro, cui possono partecipare referenti professionali delle unità operative di cui al comma 2, referenti dei dipartimenti delle professioni di cui all'articolo 69 quinquies, i responsabili di branca della specialistica convenzionata afferenti a quel dipartimento, rappresentanti del dipartimento della medicina generale. ***(695)***

4 ter. Il dipartimento interaziendale di area vasta è coordinato da uno dei membri dell'assemblea, individuato dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, su proposta dell'assemblea stessa. ***(695)***

4 quater. I coordinatori dei diversi dipartimenti interaziendali di area vasta sono individuati secondo le modalità di cui al comma precedente, garantendo, in ogni caso, un criterio di proporzionalità fra il personale delle aziende unità sanitarie locali, il personale delle aziende ospedaliero-universitarie e la componente universitaria, sulla base di parametri definiti con apposita deliberazione della Giunta regionale. ***(695)***

5. *Il dipartimento interaziendale adotta un apposito regolamento per la disciplina del proprio funzionamento.*

6. *I dipartimenti interaziendali di area vasta sono individuati, sulla base del criterio del percorso*

assistenziale e tenuto conto delle reti cliniche già attive, su proposta del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, ***(696)*** *con specifica deliberazione di Giunta regionale.*

Capo II
Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata ***(84)***

Art. 10
Regione

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva:
   a) il piano sanitario e sociale integrato regionale; ***(85)*** ***(388)***
   b) *abrogata* ***(423)*** .

1 bis. *La Giunta regionale approva i piani di area vasta, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 23 bis comma 4.* ***(424)***

2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo anche tecnico e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie e *dell' ESTAR,* ***(324)*** in conformità alle disposizioni del *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(86)*** e dei piani di area vasta.

3. La Giunta regionale esercita le attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie e *dell' ESTAR;* ***(324)*** la Giunta regionale, in particolare:
   a) determina il fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale secondo quanto previsto dall' articolo 26;
   b) approva gli atti di bilancio delle aziende sanitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
   c) approva il piano attuativo delle aziende ospedaliero-universitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
   d) abrogata; ***(87)***
   d bis) *impartisce direttive alle aziende sanitarie per la definizione dello statuto e dei regolamenti interni, previo parere della commissione consiliare competente, ai sensi dell'articolo 50, comma 1;* ***(425)***
   e) esprime il proprio parere , *sentita la commissione consiliare competente,* ***(426)*** sullo statuto delle aziende sanitarie e sul regolamento generale *dell'ESTAR* ***(324)*** ;
   f) verifica, attraverso le relazioni sanitarie aziendali, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
   g) esercita il controllo di conformità al *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(86)*** sugli atti di cui all' articolo 8, comma 4, lettera b), dandone comunicazione al Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale individua procedure e modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:
   a) risultati complessivi delle aziende sanitarie e delle società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione; ***(85)***
   b) risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;
   b bis) risultati specifici raggiunti dalle società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale; ***(88)***
   c) qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza.

4 bis. *Nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa nazionale vigente, la Giunta regionale, previo confronto con le organizzazioni sindacali, impartisce indirizzi con propria deliberazione alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale ai fini dell'implementazione del sistema di valutazione del personale del servizio sanitario regionale. In particolare la Giunta regionale definisce il numero delle fasce di merito, in misura non inferiore a tre. Il personale viene collocato nelle fasce di merito in base ai risultati del sistema di valutazione, secondo criteri di valorizzazione del merito .* ***(249)***

4 ter. *La Giunta regionale impartisce altresì indirizzi con propria deliberazione al fine dell'adeguamento dei nuclei di valutazione già esistenti all'interno delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale ai principi dettati dalla normativa nazionale vigente in tema di organismi indipendenti di valutazione.* ***(249)***

4 quater. *Le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adeguano i contratti collettivi integrativi alle disposizioni della presente legge e agli atti di indirizzo di cui ai commi 4 bis e 4 ter, nei termini previsti dalla normativa nazionale vigente.* ***(249)***

4. quinquies. *Ai fini della valutazione della reale efficacia delle tecnologie, della loro appropriatezza ed efficienza, dei benefici clinici e organizzativi ad esse legati, è istituita, presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, la Commissione di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari.* ***(427)***

4 sexies. *La Commissione, di cui al comma 4 quinquies, è composta:*

a) dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, o suo delegato, con funzioni di coordinamento;

b) dal dirigente del settore regionale competente in materia di tecnologie sanitarie;

c) dal dirigente del settore regionale competente in materia di politiche del farmaco;

d) dal dirigente del settore regionale competente in materia di investimenti;

e) dal direttore dell'ESTAR o suo delegato. ***(427)*** ***(697)***

4 septies. *La Giunta regionale definisce con specifico atto le modalità di funzionamento della Commissione di valutazione delle tecnologie sanitarie.* ***(427)***

4 octies. *Per lo svolgimento dei propri compiti la Commissione può avvalersi di esperti individuati all'interno del servizio sanitario regionale, dell'Organismo toscano per il governo clinico* ***(628)*** *, della Commissione terapeutica regionale e degli organismi di governo clinico della Regione.* ***(427)***

5. *La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione nella quale sono illustrati in maniera documentata gli esiti delle valutazioni di cui al comma 4.* ***(89)***

Art. 10 bis
Interazione tra gli enti e le aziende del servizio sanitario regionale e la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute ***(601)***

1. *La Giunta regionale, nel rispetto della normativa statale vigente, realizza la mobilità temporanea di personale tra la direzione regionale competente in materia di dritto alla salute e le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale per far fronte a comprovate esigenze di servizio o di specifiche professionalità, nonché per consentire l'interscambio di esperienze, la collaborazione su specifici progetti, la formazione e l'aggiornamento professionale.*

2. *La mobilità è attuata a seconda dei casi tramite gli istituti del comando e del distacco previo parere dell'ente di provenienza e su assenso del personale interessato nei limiti del contingente annualmente fissato con deliberazione della Giunta regionale. I relativi oneri sono posti a carico del fondo sanitario regionale.*

3. *La finalità, la durata e le modalità di svolgimento del distacco sono definite in una convenzione tra la Regione e le aziende e gli enti di provenienza.*

Art. 11
Conferenza regionale dei sindaci ***(90)***

1. La conferenza regionale delle conferenze zonali dei sindaci, di seguito denominata conferenza regionale dei sindaci, è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

2. La conferenza regionale dei sindaci è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta dai presidenti delle conferenze zonali dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005 e dai presidenti delle conferenze zonali integrate di cui all'articolo 12 bis ***(602)*** *ovvero dai presidenti delle società della salute. La componente comunale esprime un vicepresidente della conferenza regionale dei sindaci.*

3. Alle sedute della conferenza regionale dei sindaci sono invitati:

a) due rappresentanti ***(428)*** *dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);*

b) abrogata; ***(429)***

c) il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato. ***(430)*** ***(698)***

4. La conferenza regionale dei sindaci:

a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;

b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;

b bis) esprime parere nei casi di decadenza o revoca del direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria ai sensi dell'articolo 39, comma 4; ***(699)***

c) concorre all'elaborazione delle linee-guida previste dall'articolo 21, comma 7 ***(428)*** *;*

d) concorre a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a), con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;

e) concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve

destinare alle zone-distretto;

f) concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'articolo 45 della l.r. 41/2005;

g) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 3 ***(428)*** *.*

5. La conferenza regionale dei sindaci esprime i pareri di cui al comma 4, lettere a), b), c) ed f), entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.

6. Fermo restando il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale, la conferenza regionale dei sindaci propone i criteri per il riparto delle risorse aggiuntive attribuite dal medesimo piano per l'esercizio delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3, del decreto delegato.

7. La conferenza regionale dei sindaci valuta annualmente, anche sulla base dei documenti di monitoraggio di cui all'articolo 20, lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi.

8. Le modalità di funzionamento della conferenza regionale dei sindaci sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei due terzi ***(431)*** *dei suoi componenti. Il supporto tecnico amministrativo alle attività della conferenza regionale dei sindaci è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale e, previo accordo, del soggetto rappresentativo ed associativo dei comuni in ambito regionale.*

Art. 11 bis
Conferenza dei sindaci di area vasta ***(375)***

Abrogato.

Art. 12
Conferenza aziendale dei sindaci ***(91)*** *(665)*

1. *La conferenza aziendale è composta dai presidenti delle conferenze zonali integrate e dai presidenti delle società della salute ed è presieduta da uno dei componenti scelto fra i presidenti delle conferenze zonali integrate o fra i presidenti delle società della salute. Alle sedute della conferenza partecipano per gli atti di relativa competenza i direttori generali delle aziende sanitarie di area vasta, il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, o suo delegato* ***(700)*** *e il Rettore dell'università di riferimento senza diritto di voto.*

2. *I componenti della conferenza aziendale intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione in proporzione alla popolazione residente.*

3. *La conferenza aziendale dei sindaci assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione.*

4. *Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte dei presidenti delle conferenze zonali integrate o dei presidenti delle società della salute. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo con funzioni istruttorie per la conferenza.*

5. *La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato.*

6. *La conferenza aziendale dei sindaci svolge le seguenti funzioni:*

a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;

b) approva il piano attuativo locale;

c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);

d) esamina ed esprime parere sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;

e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8;

f) concorre con propri indirizzi all'elaborazione del piano di area vasta di cui all'articolo 23 bis;

g) esprime l'intesa sul piano di area vasta ai sensi dell'articolo 23 bis, comma 4;

h) esprime parere obbligatorio sul piano attuativo delle aziende ospedaliero universitarie di riferimento e sulle relative relazioni aziendali.

7. *L'azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per la conferenza aziendale dei sindaci e per le conferenze zonali dei sindaci. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali dei sindaci sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, dall'insieme degli uffici di piano di livello zonale di cui all'articolo 64.2, comma 5.*

Art. 12 bis

Conferenza zonale integrata ***(432)***

1. *La conferenza zonale integrata è la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale), integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato.*
2. *I componenti della conferenza zonale integrata intervengono ognuno con le proprie quote di partecipazione così determinate:*
   a) il 66 per cento del totale è assegnato ai rappresentanti delle amministrazioni locali, che lo ripartiscono fra di loro in proporzione alla popolazione residente;
   b) il 34 per cento del totale è assegnato all'azienda sanitaria locale di riferimento.
3. *La conferenza zonale integrata assume le proprie deliberazioni con il voto favorevole della maggioranza dei rappresentanti degli enti locali e con il voto favorevole dei componenti che rappresentano almeno il 67 per cento delle quote di partecipazione, ad eccezione dell'intesa di cui al comma 5, lettera c).*
4. *Alla conferenza di cui al presente articolo si applica l'articolo 34, commi 3, 4 e 5, della l.r. 41/2005.*
5. *La conferenza zonale integrata esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute ed in particolare:*
   a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano integrato di salute (PIS), tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione;
   b) approva il PIS;
   c) esprime l'intesa necessaria per la nomina del responsabile di zona;
   d) coordina gli strumenti della programmazione operativa di livello zonale;
   e) approva la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria, di cui all'articolo 70 bis;
   f) esprime l'intesa necessaria per la nomina del coordinatore sociale di zona di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005.
6. *Il funzionamento della conferenza zonale integrata è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa. Il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente e da parte del direttore generale nei confronti di un componente del comitato di direzione ad esclusione del responsabile di zona-distretto. Il regolamento può prevedere la costituzione di un esecutivo della conferenza.*
7. *Laddove costituite le società della salute le competenze della conferenza zonale integrata sono esercitate dall'assemblea dei soci di cui all'articolo 71 sexies.*

Art. 13
Università

1. Le università toscane contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione degli atti della programmazione regionale.
2. *La Giunta regionale, acquisito il parere obbligatorio della commissione consiliare competente, che si esprime nel termine di trenta giorni dalla richiesta, nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato regionale vigente, elabora un protocollo d'intesa con le università per regolamentare il loro apporto alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e contestualmente l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie delle università e del servizio sanitario regionale; a tal fine, è costituito il comitato per l'intesa formato dal Presidente della Giunta regionale e dai rettori delle università. Il protocollo d'intesa opera per il periodo di validità del piano sanitario e sociale integrato regionale.* ***(325)***

2 bis. Al fine di promuovere fra le aziende ospedaliero-universitarie una programmazione strategica coordinata, nell'ambito del protocollo di cui al comma 2, sono definite, nel rispetto dell'autonomia organizzativa e delle rispettive priorità aziendali, le linee fondamentali delle attività di formazione, di assistenza clinica e di ricerca. ***(326)***

3. Nell'individuazione della dislocazione delle strutture del servizio sanitario regionale, gli strumenti della programmazione regionale tengono conto delle strutture universitarie, secondo quanto previsto dal d.lgs. 517/1999 ; l'attuazione *del protocollo d'intesa* ***(327)*** per le attività assistenziali è disciplinata dallo statuto aziendale, nonché da eventuali accordi previsti dallo statuto medesimo; per le attività formative e di ricerca gli accordi attuativi sono stipulati tra l'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento e le aziende sanitarie interessate, tenuto conto della programmazione di area vasta.
4. Per la predisposizione *del protocollo di intesa* ***(327)*** è costituita apposita commissione con funzioni di supporto tecnico per il comitato di cui al comma 2; la commissione è formata dal direttore della

direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato e da ulteriori rappresentanti della Regione, nonché da rappresentanti delle università e delle aziende interessate; ***(701)*** le rappresentanze sono designate, per le parti di rispettiva competenza, dai membri del comitato e dai direttori generali delle aziende; le rappresentanze delle aziende ospedaliere sono designate in maniera da assicurare la pariteticità tra la componente ospedaliera e quella universitaria all'interno della commissione; alle attività della commissione partecipano, ai fini della individuazione degli specifici fabbisogni formativi, nonché per l'attuazione delle disposizioni di cui all' articolo 6, commi 2 e 3 del decreto delegato, rappresentanti degli ordini e dei collegi professionali competenti.

4 bis. *La commissione di cui al comma 4, svolge attività di monitoraggio in merito all'attuazione del protocollo di intesa ed elabora una relazione annuale che trasmette al direttore generale della direzione regionale competente per materia, all'assessore regionale competente per materia, alla commissione consiliare competente per materia e ai rettori delle università.* ***(326)***

5. *Il protocollo di intesa,* ***(327)*** nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 6, 6-bis e 6-ter del decreto delegato, dal d.lgs. 517/1999 e dagli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale,* ***(92)*** tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, *indirizza e vincola,* ***(327)*** nelle aree di seguito indicate, lo statuto delle aziende ospedaliero-universitarie e gli accordi attuativi fra azienda ed università disciplinando:
   a) per le attività assistenziali: i criteri per la costituzione delle strutture organizzative;
   b) per le attività didattiche: i criteri per la determinazione degli apporti reciproci, *con particolare riguardo alle modalità di partecipazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale alla didattica e alla formazione,* ***(433)*** tenuto conto del fabbisogno formativo espresso dal servizio sanitario regionale, secondo la disciplina di cui al titolo IV, capo V; i criteri per l'individuazione e l'organizzazione delle scuole e dei *corsi di studio,* ***(327)*** sulla base degli ordinamenti didattici vigenti; i criteri per la ripartizione degli oneri;
   c) per le attività di ricerca: le tipologie di studi e ricerche da attribuire ai dipartimenti assistenziali integrati; i criteri di ripartizione degli oneri e di utilizzo dei risultati;
   d) la partecipazione della Regione e delle università ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero-universitarie.

Art. 14
Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

1. I rapporti tra la Regione, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del servizio sanitario regionale, sono definiti sulla base di specifici protocolli stipulati dal Presidente della Giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi; i protocolli sono adottati nell'ambito del *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(93)*** vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario.

2. I rapporti convenzionali per le attività assistenziali tra il servizio sanitario regionale, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli enti di ricerca, sono instaurati tra le aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei protocolli d'intesa di cui al comma 1.

Art. 15
Partecipazione alla programmazione

1. *La Regione, le aziende unità sanitarie locali e le società della salute promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizzano il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione.* ***(94)***

2. *Abrogato.* ***(95)***

Art. 16
Tutela dei diritti dell'utenza

1. E' compito della Regione:
   a) assicurare il coordinamento ed il monitoraggio delle attività relative alla definizione degli indicatori ed alla verifica degli standard di qualità di cui all' articolo 14, comma 1, del decreto delegato;
   b) sovrintendere al processo di attuazione delle carte dei servizi, anche impartendo direttive per la loro omogenea definizione e linee guida per la necessaria integrazione tra le aziende sanitarie dello stesso ambito territoriale;
   c) impartire direttive alle aziende sanitarie e formulare indirizzi alle società della salute, ove costituite, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la

condizione fondamentale per assicurare agli utenti l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie e la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, verificandone annualmente i risultati. ***(96)***

c bis) promuovere la partecipazione dei cittadini e verificare l'effettiva conoscenza dei loro diritti, nonché assicurare l'integrazione degli organismi di partecipazione di livello regionale e locale. ***(675)***

2. La Regione individua quali specifici strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti sulla qualità dei servizi erogati:
   a) la carta dei servizi di cui alla legge 11 luglio 1995, n. 273 (Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni);
   b) la conferenza dei servizi di cui all' articolo 14, comma 4, del decreto delegato;
   c) i protocolli d'intesa di cui all' articolo 14, comma 7, del decreto delegato.
   c bis) il Consiglio dei cittadini per la salute, di cui all'articolo 16 bis; ***(676)***
   c ter) i comitati aziendali di partecipazione, di cui all'articolo 16 ter; ***(676)***
   c quater) i comitati di partecipazione di cui all'articolo 16 quater. ***(676)***
3. Le aziende sanitarie, previo confronto con le organizzazioni di cui all' articolo 15, comma 1, approvano e aggiornano annualmente la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti.
4. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti; la carta contiene gli impegni per il miglioramento dei servizi, definisce gli indicatori di qualità e gli standard, generali e specifici, cui gli stessi devono adeguarsi.
5. Le aziende sanitarie assicurano specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione.
6. Le aziende sanitarie, ai fini di cui al comma 5, assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti, *garantendo certezza e rapidità di risposta.* ***(97)***
7. Le aziende sanitarie individuano la collocazione, i compiti e le funzioni dell'ufficio relazioni con il pubblico.
8. *Le aziende sanitarie e le società della salute, ove costituite, realizzano appositi punti informativi, a disposizione degli utenti sulle prestazioni erogate nell'ambito del territorio di riferimento e per un orientamento sull'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della Regione, e coordinano le rispettive attività dirette alla informazione degli utenti.* ***(98)***
9. Il direttore generale d'intesa con la *conferenza aziendale dei sindaci* ***(99)*** indice la conferenza di cui al comma 2, lettera b), per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione aziendale, il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi e definire gli interventi utili per il loro miglioramento; a tal fine il direttore generale rende noti i dati relativi all'andamento dei servizi ed al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.
10. Alla conferenza dei servizi partecipano i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato i protocolli di intesa di cui al comma 11.
11. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie, *e le società della salute, ove costituite, stipulano con le associazioni di volontariato e di tutela* ***(99)*** modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì la concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione; i contenuti obbligatori di tali protocolli sono individuati con atto della Giunta regionale.

Art 16 bis
Consiglio dei cittadini per la salute ***(677)***

1. *È istituito presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute il Consiglio dei cittadini per la salute, con funzioni consultive e propositive nelle materie attinenti alla tutela del diritto alla salute, dell'equità di accesso e della qualità e sicurezza dei servizi sanitari e socio-sanitari.*
2. *Il Consiglio dei cittadini per la salute, in relazione alle competenze di cui al comma 1, in particolare:*
   a) contribuisce alla predisposizione degli atti di programmazione di ambito regionale o di area vasta;
   b) fornisce contributi, anche all'Organismo toscano per il governo clinico di cui all'articolo 49 bis, per la redazione dei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali relativi, in particolare, alle reti

cliniche regionali;

c) collabora allo sviluppo di strumenti di rilevazione sulla qualità dei servizi dal punto di vista del cittadino, in raccordo con gli organismi a ciò preposti;

d) propone iniziative culturali, nonché attività di studio e ricerca per le materie di competenza.

3. Il Consiglio dei cittadini per la salute assicura il supporto e coordinamento dell'azione dei comitati aziendali di partecipazione di cui all'articolo 16 ter.

4. Il Consiglio dei cittadini per la salute riferisce annualmente alla commissione consiliare competente in merito alla sua attività in occasione delle audizioni dei direttori generali di cui all'articolo 24, comma 4 bis.

5. Il Consiglio dei cittadini per la salute, presieduto dall'assessore regionale competente in materia di diritto alla salute, è composto da ventitré membri di cui:

a) tre designati fra i propri componenti da ciascun comitato aziendale di partecipazione delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 16 ter;

b) uno designato fra i propri componenti da ciascun comitato aziendale di partecipazione delle aziende ospedaliero-universitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 16 ter;

c) tre designati dal Comitato regionale dei consumatori e degli utenti di cui all'articolo 2 della legge regionale 20 febbraio 2008, n. 9 (Norme in materia di tutela e difesa dei consumatori e degli utenti), nell'ambito delle proprie associazioni rappresentative dell'utenza, competenti in materia sanitaria e socio-sanitaria, operanti in tutte e tre le aree vaste della Toscana;

d) cinque designati congiuntamente al loro interno dagli organismi di partecipazione istituiti presso la direzione competente in materia di diritto alla salute per affrontare specifiche tematiche sanitarie e socio-sanitarie.

6. Il Consiglio dei cittadini per la salute è nominato dal Presidente della Giunta regionale e resta in carica per la durata della legislatura regionale.

7. Il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina del Consiglio dei cittadini per la salute non appena il numero delle designazioni pervenute ai sensi del comma 5 rappresenti la maggioranza dei componenti del Consiglio dei cittadini per la salute stesso.

8. La Giunta regionale, con deliberazione, disciplina il funzionamento del Consiglio dei cittadini per la salute, nonché la corresponsione dei rimborsi spese spettanti ai componenti nella misura stabilita per i dirigenti regionali.

Art 16 ter
Comitato aziendale di partecipazione ***(678)***

1. Presso ciascuna azienda o ente del servizio sanitario regionale, è istituito il comitato aziendale di partecipazione con funzioni di consultazione e proposta a supporto della direzione aziendale, in merito alla qualità dei servizi erogati dall'azienda, con particolare riferimento all'equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.

2. Il comitato aziendale di partecipazione, in relazione alle competenze di cui al comma 1, in particolare:

a) contribuisce alla predisposizione di documenti di programmazione di ambito aziendale, riguardo al rispetto del diritto alla salute dei cittadini nonché alla qualità dei servizi;

b) svolge attività di monitoraggio in merito al rispetto delle garanzie e degli impegni indicati dalla carta dei servizi di cui all'articolo 16, comma 2, lettera a), con particolare riferimento ai percorsi di accesso e di fruibilità dei servizi, tenendo conto degli strumenti di ascolto e di valutazione partecipata e degli indicatori di qualità, sulla base di elementi misurabili, attività di analisi e monitoraggio degli scostamenti tra i singoli obiettivi;

c) partecipa ai processi informativi e comunicativi tra azienda e cittadini, al fine di assicurare la chiarezza delle informazioni e l'efficacia della comunicazione, nonché di promuovere un uso appropriato e consapevole dei servizi;

d) propone incontri con i cittadini, volti a facilitare l'accesso ai servizi, il mantenimento dello stato di salute, l'informazione sulle cure e l'adeguato ricorso ai servizi.

3. Il comitato aziendale di partecipazione è composto:

a) nelle aziende unità sanitarie locali, da due membri designati fra i propri componenti da ciascun comitato di partecipazione di cui all'articolo 16 quater;

b) nelle aziende ospedaliero-universitarie e negli enti del servizio sanitario regionale, da un membro designato, fra i propri associati, da ciascuna delle associazioni rappresentative dell'utenza, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo purché non erogatori di prestazioni, che abbiano stipulato il protocollo d'intesa di cui all'articolo 16, comma 2, lettera c).

4. Il comitato aziendale di partecipazione è nominato dal direttore generale di ciascuna azienda o ente

del servizio sanitario regionale.

5. *La Giunta regionale, con propria deliberazione, stabilisce gli indirizzi per il funzionamento dei comitati aziendali di partecipazione*

6. *La partecipazione al comitato aziendale di partecipazione non comporta la corresponsione di alcuna indennità di carica o di presenza. È fatto salvo il rimborso delle spese sostenute che è posto a carico delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale presso cui è istituito il comitato.*

Art. 16 quater

Comitato di partecipazione di zonadistretto e altre forme partecipative ***(679)***

1. *In ciascuna zona-distretto o società della salute, ove costituita, è istituito il comitato di partecipazione, con funzioni di consultazione e proposta in merito all'organizzazione ed erogazione dei servizi.*

2. *Il comitato di partecipazione è composto da membri designati dalle associazioni rappresentative dell'utenza, nonché dell'associazionismo di tutela, di promozione e di sostegno attivo, operanti nella comunità locale, purché non erogatori di prestazioni e che abbiano stipulato il protocollo d'intesa di cui all'articolo 16, comma 2, lettera c). Ogni associazione designa un proprio rappresentante.*

3. *Nella zona-distretto il comitato di partecipazione, è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore di zona. Nella società della salute, il comitato di partecipazione è nominato dal direttore della società della salute, su proposta dell'assemblea dei soci.*

4. *Qualora il numero delle associazioni sia minore di cinque, il comitato di partecipazione può operare a livello sovrazonale.*

5. *La Giunta regionale, con propria deliberazione, stabilisce gli indirizzi per il funzionamento dei comitati di partecipazione di zona-distretto.*

6. *Il comitato di partecipazione, in relazione alle competenze di cui al comma 1, in particolare:*
   - *a) contribuisce alla definizione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento;*
   - *b) contribuisce alla programmazione delle attività ed alla progettazione dei servizi avanzando proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e di governo, con particolare riferimento al piano integrato di salute di cui all'articolo 21;*
   - *c) monitora il rispetto delle garanzie e degli impegni indicati dalla carta dei servizi, con particolare riferimento ai percorsi di accesso e di fruibilità dei servizi, tenendo conto degli strumenti di ascolto e di valutazione partecipata e degli indicatori di qualità sulla base di elementi misurabili, attività di analisi e monitoraggio degli scostamenti tra i singoli obiettivi;*
   - *d) esprime pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, avvalendosi degli strumenti di ascolto e di rilevazione;*
   - *e) svolge attività di monitoraggio ed esprime pareri sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente il rispetto dei diritti dei cittadini;*
   - *f) propone progetti di miglioramento sulle tematiche attinenti la qualità dei servizi e collabora alla loro realizzazione;*
   - *g) propone iniziative per favorire corretti stili di vita ed un uso appropriato dei servizi, al fine di contribuire al processo di crescita culturale della comunità locale e al miglioramento dei determinanti sociali di salute.*

7. *Il comitato di partecipazione, nel rispetto delle disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), può accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali del territorio di riferimento, al fine di sviluppare la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita corretti e della salubrità dell'ambiente sulla salute.*

8. *Al fine di assicurarne la operatività e favorire la partecipazione dei cittadini la zona-distretto o la società della salute, ove costituita, mette a disposizione del comitato di partecipazione locali idonei per le attività ordinarie, gli incontri pubblici e i convegni e seminari sul tema della salute.*

9. *In ciascuna società della salute, nominata dall'assemblea della società della salute, è istituita la consulta del terzo settore dove sono rappresentate le organizzazioni del volontariato e del terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano in campo sanitario e sociale.*

10. *La consulta del terzo settore elegge al proprio interno il presidente ed esprime proposte progettuali per la definizione del piano integrato di salute.*

11. *Al fine di assicurare un confronto diretto con la popolazione, le zone distretto e le società della salute promuovono almeno due incontri pubblici all'anno, in cui è assicurata la presenza dell'assessore regionale competente per il diritto alla salute, del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero-universitaria, nonché del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato,* ***(702)*** *e della conferenza zonale integrata.*

Art. 16 quinquies
Norme di prima applicazione ***(680)***

1. I comitati di partecipazione di zona-distretto sono costituiti, o si adeguano alle disposizioni di cui all'articolo 16 quater, entro il 30 marzo 2018.

2. Il Consiglio dei cittadini per la salute e i comitati aziendali di partecipazione iniziano ad operare dall'anno 2018 e, comunque, non oltre la data del 30 giugno 2018.

Art. 17
Rapporti con il volontariato, le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale

1. *I rapporti fra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrono con le finalità del servizio sanitario regionale ed il servizio sanitario medesimo, ad eccezione di quanto disposto dalla presente legge in materia di sistema sanitario di emergenza urgenza, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.* ***(250)***

2. Le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

Capo III
Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata ***(100)***

Art. 18
Il piano sanitario e sociale integrato regionale ***(101)***

1. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale è lo strumento di programmazione intersettoriale* ***(389)*** *con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata di cui all'articolo 20 e dagli studi di ricerca epidemiologica affidati all'Agenzia regionale di sanità (ARS) ed alle società scientifiche. Stabilisce anche la programmazione in materia di servizio civile ai sensi dell'articolo 16 della legge regionale 25 luglio 2006 n. 35 (Istituzione del servizio civile regionale).* ***(297)*** *Il piano sanitario e sociale integrato regionale definisce inoltre per l'ambito sanitario e sociale l'attuazione della strategia regionale coordinata e continuativa in materia di sicurezza stradale.* ***(285)***

2. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale è approvato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere della conferenza regionale dei sindaci* ***(390)*** *,* ***(391)*** *Ai fini dell'elaborazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, si applicano le disposizioni di cui alla legge regionale 7 gennaio 2015, n. 1 (Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili. Modifiche alla l.r. 20/2008).* ***(390)***

3. *La Giunta regionale con proprie deliberazioni provvede all'attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale in coerenza con il documento di economia e finanza regionale (DEFR), la relativa nota di aggiornamento e con il bilancio di previsione.* ***(392)***

Art. 19
Contenuti del piano sanitario e sociale integrato regionale ***(102)***

1. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali. Il piano tiene conto del principio di pari opportunità sviluppando azioni specificamente orientate a tal fine.* ***(223)***

2. Per le politiche sanitarie in particolare sono definiti:

a) i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, quali prestazioni da garantire in termini di equità a tutti gli assistiti, definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali;

b) i criteri di riparto delle risorse finanziarie tra le aziende unità sanitarie locali e, per ciascuna azienda unità sanitaria locale, tra le zone-distretto;

c) i criteri di quantificazione ed impiego delle risorse finanziarie destinate alla copertura di specifici fabbisogni per attività di alta qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di programmazione regionale, per il funzionamento di enti, aziende o organismi regionali operanti nel settore sanitario, per il sostegno degli investimenti per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie regionali;

d) gli indirizzi per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza nelle zone insulari e montane e le risorse regionali ad esse destinate;

e) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle aziende unità sanitarie locali, con

particolare riferimento a quelle impiegate nella prevenzione;

f) le azioni programmate di rilievo regionale e i progetti obiettivo, da realizzare tramite le società della salute e, laddove non costituite, in collaborazione con gli enti locali;

g) i criteri per la elaborazione dei piani di area vasta e per la definizione di intese ed accordi tra aziende, di cui all'articolo 8, comma 4 e per la disciplina della contrattazione con i soggetti privati accreditati;

h) le direttive relative alla organizzazione delle aziende sanitarie;

h bis) i criteri e le modalità per la costituzione di società, interamente partecipate dalle aziende sanitarie, finalizzate alla realizzazione delle strutture ed alla valorizzazione del patrimonio immobiliare; ***(262)***

i) i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe anche in relazione alle diverse tipologie di soggetti erogatori;

l) gli strumenti per l'integrazione delle medicine complementari negli interventi per la salute.

3. Per le politiche sociali in particolare sono definiti:

a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, con riferimento alle politiche sociali integrate di cui al titolo quinto della l.r. 41/2005 ;

b) le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi atte ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 4 della l.r. 41/2005 ;

c) le priorità di intervento relative ai soggetti di cui all'articolo 7, comma 6 della l.r. 41/2005 nonché le sperimentazioni e gli interventi di cui all'articolo 14 della medesima legge;

d) gli indirizzi generali da utilizzare per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni;

e) le modalità di ripartizione alle società della salute e, laddove non costituite, agli enti locali, in ambito zonale, delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi, sulla base di parametri oggettivi rilevati in relazione ai seguenti elementi:

1) *livelli essenziali delle prestazioni sociali;*

2) *dimensione degli interventi e dei servizi in atto;*

3) *bisogni di assistenza;*

4) *situazione demografica e territoriale delle diverse zone.*

f) le misure e le azioni prioritarie da prevedere in favore dei comuni in maggiore situazione di disagio, ai sensi della normativa regionale vigente;

g) i criteri di accesso al fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale di cui all'articolo 46 della l.r. 41/2005 ;

h) gli interventi innovativi, di ricerca e di sperimentazione, di interesse regionale;

i) le iniziative di comunicazione sociale e di sensibilizzazione finalizzate alla prevenzione del disagio e della esclusione sociale;

l) i benefici aggiuntivi a favore degli invalidi civili, di cui all'articolo 130, comma 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59).

4. Il piano sanitario e sociale integrato regionale contiene gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione relativi allo stato di attuazione della programmazione regionale ai sensi dell'articolo 20.

Art. 20
La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate ***(103)***

1. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata:

a) il rapporto annuale di monitoraggio e valutazione di cui al comma 2;

b) la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 24;

b bis) relazione annuale sullo stato di attuazione dei piani di area vasta; ***(434)***

c) la relazione sociale regionale di cui all'articolo 42 della l.r. 41/2005 ;

d) la relazione sanitaria regionale di cui al comma 3;

e) la relazione sullo stato di salute di cui al comma 4.

2. La Giunta regionale elabora ogni anno il rapporto di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito a specifici settori e obiettivi di salute e lo trasmette al Consiglio regionale.

3. La Giunta regionale elabora, a conclusione del ciclo della programmazione sanitaria e sociale integrata, la relazione sanitaria regionale e la relazione sociale regionale di cui all'articolo 42 della l.r. 41/2005 e le trasmette al Consiglio regionale e alla Conferenza regionale dei sindaci ***(587)*** *. La relazione sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali e degli strumenti di valutazione propri delle società della salute:*

a) valutazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione;

b) valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

4. *La relazione sullo stato di salute è il documento di monitoraggio e di valutazione dei servizi e delle attività sanitarie territoriali e sociali, che la società della salute, ove costituita, o la conferenza zonale dei sindaci redige annualmente.*

Art. 20 bis
Strumenti e procedure di valutazione ***(104)***

1. Nel quadro delle politiche di promozione della salute, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata e di individuare idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, dell'evoluzione dei fenomeni sociali, dello stato dei servizi, la Giunta regionale determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l'Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) e con l'ARS, con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione della "performance" del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono.

Art. 20 ter
Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario ***(105)***

1. In applicazione del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), sono istituiti i seguenti registri di patologia:

a) registro tumori;

b) registro difetti congeniti; ***(226)***

c) registro malattie rare;

d) registro malattie demielinizzanti.

2. *I registri di patologia di cui al comma 1 sono istituiti, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure, valutazione dell'assistenza sanitaria e di ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, allo scopo di garantire un sistema attivo di raccolta sistematica di dati anagrafici, sanitari ed epidemiologici per registrare e caratterizzare tutti i casi di rischio per la salute, di una particolare malattia o di una condizione di salute rilevante in una popolazione definita.* ***(541)***

3. *Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono previsti i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1, i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.*

4. *Le previsioni del regolamento di cui al comma 3 devono in ogni caso informarsi al principio di necessità di cui all'articolo 3 del d.lgs 196/2003 .*

Art. 21
Piani integrati di salute ***(106)***

1. *Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.*

2. *È compito del PIS:*

a) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;

b) individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle diseguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria;

c) adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;

d) individuare le modalità attuative;

e) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;

f) individuare, sulla base degli obiettivi di salute di cui alla lettera a), le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni;

g) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la

programmazione regionale;

h) promuovere l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate;

i) definire, tenuto conto della complessiva organizzazione aziendale, la distribuzione sul territorio dei relativi presidi;

l) individuare gli strumenti di valutazione di risultato relativi agli obiettivi specifici di zona.

2 bis. Nelle zone-distretto di nuova istituzione di cui all'allegato B, il PIS promuove la valorizzazione e la tutela delle identità territoriali per una migliore attenzione e vicinanza al cittadino sulla base del principio di sussidiarietà, anche attraverso le articolazioni territoriali istituite ai sensi dell'articolo 22, comma 2, della legge regionale 23 marzo 2017, n. 11 (Disposizioni in merito alla revisione degli ambiti territoriali delle zone-distretto. Modifiche alla l.r. 40/2005 ed alla l.r. 41/2005), volte a garantire una più ampia partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione. ***(603)***

2 ter. Per le finalità di cui al comma 2 bis, ciascuna articolazione territoriale individua un referente che partecipa alle sedute degli organismi di cui agli articoli 11 e 12, con diritto di voto limitatamente alle deliberazioni di cui all'articolo 11, comma 4, lettera c), e all'articolo 12, comma 6, lettere a) e b). ***(603)***

3. *Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ) di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005, ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione.*

4. *In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l'elaborazione del PIZ.*

5. *Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:*

a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;

b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.

6. *Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte operativa zonale è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all'articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005.*

7. *La Giunta regionale elabora linee guida per la predisposizione del PIS e per la sua integrazione con il PIZ.*

Art. 22
Piani attuativi locali ***(376)***

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti. ***(435)***

2. La conferenza aziendale dei sindaci, previo parere delle conferenze zonali dei sindaci, formula indirizzi per l'azienda unità sanitaria locale per l'elaborazione del piano attuativo locale. ***(435)***

3. Abrogato. ***(436)***

4. Abrogato. ***(436)***

5. Il piano attuativo si realizza con riferimento alle attività sanitarie ***(437)*** *, socio-sanitarie territoriali e socio-sanitarie integrate attraverso piani annuali di attività, che tengono conto dei contenuti del PIS, e in particolare:*

a) attraverso il programma operativo annuale delle cure primarie, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi delle cure primarie, della sanità d'iniziativa, dei presidi distrettuali, delle unità complesse e delle forme associate della medicina generale; tale programma operativo definisce anche i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità e le relative modalità di lavoro interprofessionale;

b) attraverso l'atto per l'integrazione socio-sanitaria, articolato per zona-distretto, che definisce i programmi attuativi dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo budget di livello zonale costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità e le relative modalità di lavoro interprofessionale.

6. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta i programmi annuali di attività di cui al

comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e li trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci che lo approva; successivamente il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

Art. 23
Piani attuativi ospedalieri

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(109)*** e del piano di area vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza.
2. Nella formulazione degli indirizzi di cui al comma 1, l'organo di indirizzo tiene conto, *anche* ***(438)*** , del piano della didattica universitaria.
3. *Il piano attuativo ospedaliero ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.* ***(110)***
4. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il piano attuativo ospedaliero entro l'anno precedente a quello di riferimento, lo trasmette all'Università ed alla *conferenza aziendale dei sindaci* ***(438)*** per l'acquisizione dei pareri di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale,* ***(109)*** lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento.
5. Il piano attuativo ospedaliero si realizza attraverso programmi annuali di attività adottati dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, acquisiti gli indirizzi e le valutazioni dell'organo di indirizzo; i programmi annuali sono approvati con lo stesso procedimento di cui al comma 4.

Art. 23 bis
Piano di area vasta ***(439)***

1. *Il piano di area vasta è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria.*
2. *Il piano di area vasta, in particolare, coordina l'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, definiti attraverso i dipartimenti interaziendali di area vasta, garantendo l'appropriatezza degli interventi, anche tenendo conto delle particolari condizioni delle zone disagiate e montane del territorio.*
3. *Il piano di area vasta è proposto, in conformità con il piano sanitario e sociale integrato regionale, dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute coadiuvato dal comitato tecnico di cui all'articolo 9 ter, comma 2, previa intesa con la conferenza aziendale dei sindaci ed il rettore dell'università per quanto di competenza.* ***(703)***
4. *Il piano di area vasta è approvato con deliberazione della Giunta regionale, previa acquisizione del parere della competente commissione consiliare, che si esprime entro quaranta giorni dal ricevimento.* ***(703)***
5. *Il piano di area vasta ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale ed è aggiornato annualmente.*

Art. 24
Relazione sanitaria aziendale

1. *La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale e ne costituisce strumento rilevante per la definizione; la relazione sanitaria aziendale in particolare evidenzia i risultati conseguiti in termini di servizi e prestazioni, con riguardo anche agli obiettivi del piano attuativo e con distinto riferimento all'attività sanitaria e sociale integrata, alle attività sanitarie degli ambiti territoriali e a quella socio-assistenziale.* ***(111)***
2. La relazione sanitaria aziendale è adottata dal direttore generale, previo parere del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.
3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa:
   a) dalle aziende unità sanitarie locali alla Giunta regionale , *all'ARS e alla conferenza aziendale dei sindaci;* ***(112)***
   b) dalle aziende ospedaliero-universitarie alla Giunta regionale , *all'ARS e alla Conferenza regionale*

dei sindaci. ***(112)*** ***(587)***

4. *La conferenza aziendale dei sindaci esprime le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmette alla Giunta regionale.* ***(440)***

4 bis. *Il direttore generale riferisce annualmente alla commissione consiliare competente in merito ai contenuti della relazione sanitaria aziendale.* ***(441)***

Art. 25
Fondo sanitario regionale

1. Il fondo sanitario regionale è così composto:
   a) fondo ordinario di gestione destinato alle aziende unità sanitarie locali, per la erogazione ordinaria dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza ed al funzionamento dell'ESTAR ***(328)*** *di cui all'articolo 100;* ***(113)***
   b) fondi per lo sviluppo dei servizi, destinati alla copertura di specifici fabbisogni e servizi di interesse generale, per attività di elevata qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale,* ***(114)*** per il sostegno degli investimenti e per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie;
   c) fondi finalizzati all'organizzazione del sistema, destinati a organismi ed enti a carattere regionale e a iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema.
2. La Giunta regionale può procedere all'accantonamento di quote del fondo sanitario regionale da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema e da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

Art. 26
Determinazione del fabbisogno finanziario

1. La Giunta regionale, in sede di elaborazione del documento di programmazione economica e finanziaria, procede:
   a) alla stima del fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale per il triennio successivo, tenuto conto dell'evoluzione della domanda di salute, dell'andamento a livello regionale dei costi dei fattori produttivi, degli obiettivi di crescita programmati, del programma degli investimenti;
   b) alla stima delle risorse finanziarie disponibili che costituiscono il fondo sanitario regionale di cui all' articolo 25.
2. A seguito di quanto stabilito ai sensi del comma 1, la Giunta regionale procede annualmente:
   a) alla ripartizione del fondo sanitario regionale ai sensi dell' articolo 25, comma 1;
   b) ad emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie e *dell'ESTAR* ***(329)*** di cui all'articolo 100;
   c) alla individuazione, anche in corso di esercizio, delle manovre da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

Art. 27
Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali

1. *La Giunta regionale provvede annualmente, all'assegnazione alle aziende unità sanitarie locali del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale finalizzati anche ad assicurare un'equa ripartizione delle risorse in funzione delle diverse condizioni socio ambientali del territorio delle aziende medesime.* ***(442)***

1 bis. Nell'assegnazione di cui al comma 1, sono individuate le quote del fondo da attribuire con vincolo di destinazione alle zone-distretto, tenuto conto delle determinazioni adottate dalla conferenza delle società della salute ai sensi dell'articolo 11, comma 4, lettera e). ***(116)***

2. Alle aziende unità sanitarie locali sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all' articolo 25 , comma 1, lettera b), in relazione a specifici progetti previsti dagli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale.* ***(115)***

3. Abrogato. ***(117)***

Art. 28
Finanziamento delle aziende ospedaliero universitarie

1. Il finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie avviene in relazione al volume delle prestazioni erogate, computate sulla base delle tariffe massime fissate dalla Regione, ovvero sulla base delle valorizzazioni concordate tra le aziende nell'ambito delle intese di cui all' articolo 8 , comma 4, lettera d).
2. Alle aziende ospedaliero-universitarie sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei

servizi di cui all' articolo 25, comma 1, lettera b), per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale.* ***(118)***

2 bis. *In relazione ai fondi di cui al comma 2, il piano sanitario e sociale integrato regionale individua criteri atti ad assicurare una equilibrata ripartizione di tali risorse tra le aziende ospedaliero universitarie.* ***(443)***

Art. 29
Finanziamento della mobilità sanitaria

1. Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definiti dal *piano sanitario e sociale integrato regionale,* ***(119)*** sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione privata o pubblica, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto alla erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione.
2. Per prestazioni residenziali di ricovero non ospedaliero, nel caso di cambiamento di residenza dell'assistito, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223 (Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente), la Giunta regionale può disciplinare il permanere della titolarità dei relativi oneri alla azienda unità sanitaria locale di residenza al momento del ricovero avendo a riferimento la durata del ricovero e la residenza del nucleo familiare di appartenenza.
3. Gli scambi finanziari così determinati possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite convenzioni o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazione regionali.
4. La Giunta regionale provvede con proprie deliberazioni a disciplinare le modalità e le procedure per regolare il sistema degli accordi diretti interaziendali e quello delle compensazioni regionali, in base allo sviluppo dei sistemi informativi e delle procedure di controllo, anche in relazione alle disposizioni emanate a livello statale circa le modalità di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.
5. La valorizzazione delle prestazioni, ancorché gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra aziende sanitarie e tra queste e le istituzioni private, e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione; in assenza di accordi convenzionali, si applicano le tariffe massime regionali.
6. La Giunta regionale, *fermo restando il diritto dei cittadini di ricorrere alle prestazioni dei produttori accreditati quando la struttura pubblica non sia in grado di assicurare le prestazioni nei tempi necessari, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale e in relazione alle risorse disponibili e all'attuazione della programmazione regionale,* ***(120)*** può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario; i suddetti vincoli possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, riguardare anche le prestazioni rese a cittadini toscani fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie, all'interno dell'area vasta di riferimento, tenuto conto delle vocazioni aziendali, definiscono annualmente accordi di ordine finanziario per le prestazioni sanitarie derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

Art. 30
Finanziamento aziendale tramite tariffe

1. Le aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse pubblico, possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza; in tal caso le aziende sanitarie definiscono le modalità di valorizzazione, a carico delle istituzioni pubbliche o private o dei soggetti privati nei confronti dei quali le stesse sono erogate, tramite apposite tariffe determinate dall'azienda sanitaria sulla base dei costi onnicomprensivi sostenuti.
2. Le aziende sanitarie possono altresì erogare prestazioni previste dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza in regime di libera professione dei dipendenti, prevedendone la valorizzazione tariffaria sulla base delle direttive e dei vincoli appositamente disposti dalla Giunta regionale in conformità alla legislazione vigente.
3. Le aziende sanitarie organizzano le attività di cui ai commi 1 e 2, assicurando il regolare svolgimento delle ordinarie attività istituzionali, conformemente agli indirizzi regionali.

3 bis. *Al fine del rilascio dell'autorizzazione, di cui al comma 1, la commissione di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies, esprime apposito parere.* ***(444)***

Art. 30 bis
Indebitamento delle Aziende e dell' ESTAR ***(25)*** ***(330)***

1. Le aziende sanitarie possono contrarre indebitamento, previa autorizzazione, fino ad un massimo di trenta anni unicamente per il finanziamento di spese di investimento e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate per capitale ed interessi non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente loro attribuito ed avendo a riferimento l'insieme delle aziende sanitarie nonché degli enti di cui al comma 4.

1 bis. *Fatto salvo quanto stabilito da eventuali disposizioni legislative o regolamentari a valenza nazionale, la determinazione delle poste del valore della produzione che compongono le entrate proprie correnti di cui al comma 1 è affidata a deliberazioni della Giunta regionale.* ***(445)***

2. Le aziende sanitarie possono essere autorizzate, in rapporto alle finalità di cui al comma 1, a rinegoziare il proprio indebitamento anche mediante allungamento della scadenza.

3. La Giunta regionale autorizza le operazioni di indebitamento con propria deliberazione, previa verifica della congruità tra la tipologia dell'investimento e la durata del finanziamento, nonché previa analisi e valutazione economica della capacità delle aziende sanitarie di far fronte agli oneri conseguenti, e del complessivo rispetto del limite giuridico di indebitamento di cui al comma 1.

4. In casi eccezionali debitamente motivati nella deliberazione di cui al comma 3, l'ESTAR, nell'ambito dei limiti complessivi di cui al comma 1, può essere autorizzato a contrarre indebitamento. ***(330)*** *In tal caso la Giunta regionale assicura, a valere sul fondo sanitario regionale e per l'intera durata dell'operazione, le risorse necessarie alla copertura degli oneri di ammortamento del debito.*

Titolo IV
ORDINAMENTO

Capo I
Aziende sanitarie

Art. 31
Aziende sanitarie

1. Le aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato, di cui all' articolo 3, comma 1-bis, del decreto delegato, di seguito denominato statuto aziendale, secondo quanto previsto dall' articolo 50.

Art. 32
Aziende unità sanitarie locali ***(121)***

1. Gli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali sono individuati nell'allegato A alla presente legge.

2. Le aziende unità sanitarie locali provvedono alla programmazione ed alla gestione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, salvo quanto previsto nelle disposizioni del capo III bis del titolo V.

Art. 33
Aziende ospedalierouniversitarie

1. Le aziende ospedaliero-universitarie, di cui all' allegato A alla presente legge, sono organizzate secondo la disciplina di cui all' articolo 2 del d.lgs. 517/1999.

2. Le aziende ospedaliero-universitarie assicurano, relativamente alle attività specialistiche loro attribuite dagli strumenti della programmazione regionale:
   a) le prestazioni di ricovero;
   b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
   c) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera, organizzate in forma dipartimentale;
   d) le attività di ricerca clinica e preclinica;
   e) le attività didattiche legate al sistema regionale della formazione sanitaria secondo la disciplina di cui al titolo IV, capo V;
   f) le altre attività tipiche della facoltà di medicina e chirurgia ***(446)*** connesse con le attività assistenziali.

3. Le aziende ospedaliero-universitarie perseguono lo sviluppo delle attività di alta specializzazione quale riferimento di area vasta, in relazione a livelli qualitativi verificati ed in coerenza con l'ottimizzazione della rete ospedaliera e con le indicazioni della programmazione regionale.

Art. 33 bis

Rete pediatrica e ruolo dell'azienda ospedaliero universitaria Meyer ***(447)***

1. *L'azienda ospedaliero universitaria Meyer assicura, nell'ambito regionale, di concerto con il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute per quanto attiene alla programmazione di area vasta* ***(704)*** *ed i direttori generali delle aziende sanitarie, la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della rete pediatrica regionale.*

2. *In tale ambito, l'azienda ospedaliero universitaria Meyer procede, di concerto con il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute per quanto attiene alla programmazione di area vasta* ***(704)*** *ed i direttori generali delle aziende sanitarie, alla definizione:*
   a) dei percorsi assistenziali omogenei, anche con l'integrazione ospedale-territorio e il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, favorendo e sviluppando la presa in carico del paziente minore di età nelle sedi più vicine alla sua abitazione, fatte salve le attività diagnostico-clinico-terapeutiche a più elevata complessità;
   b) le iniziative necessarie per assicurare la continuità assistenziale e cure tempestive ed appropriate;
   c) di percorsi per una precoce presa in carico integrata della grave cronicità in età pediatrica;
   d) dei ruoli dei diversi soggetti che fanno parte della rete pediatrica;
   e) dello sviluppo delle conoscenze attraverso attività formative rivolte al personale medico e delle professioni sanitarie, in ambito pediatrico.

3. *L'azienda ospedaliero universitaria Meyer si raccorda con il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute per quanto attiene alla programmazione di area vasta* ***(704)*** *e con i direttori generali delle aziende sanitarie per la condivisione di una metodologia organizzativa omogenea, per l'applicazione di percorsi assistenziali definiti e per la promozione della qualità e dell'appropriatezza delle cure in ambito pediatrico.*

4. *Il governo e la composizione della rete pediatrica regionale è definito dalla Giunta regionale con specifica deliberazione.*

Art. 33 ter
Percorso pediatrico nei pronto soccorso degli ospedali regionali e cronicità in ambito pediatrico ***(448)***

1. *Nei presidi ospedalieri toscani con oltre duemilacinquecento accessi pediatrici annui sono assunte le iniziative necessarie per assicurare la continuità dell'assistenza pediatrica, nonché per garantire il diritto del minore all'accesso specifico riservato a cure tempestive ed appropriate, anche attraverso aree individuate fisicamente che garantiscano ai percorsi di permanenza nel settore dell'emergenza urgenza le peculiari necessità del minore, dalle attrezzature mediche e di assistenza agli spazi ludici e di soggiorno, di diagnostica e di cura.*

2. *Per la grave cronicità in età pediatrica sono istituiti percorsi per una precoce presa in carico integrata multidisciplinare. I centri di riferimento presenti in Toscana si coordinano e predispongono protocolli condivisi su tutto il territorio regionale validati dalla letteratura internazionale per una gestione in rete che garantisca la massima qualità, nonché la disponibilità di cure idonee prossime al luogo di residenza della famiglia.*

Art. 34
Sperimentazioni gestionali ***(449)***

1. *Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate.*

2. *È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.*

3. *Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle società costituite per le sperimentazioni gestionali.*

Art. 34 bis
(450)

1. *Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nell'organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare convenzioni con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate.*

2. *È fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema della convenzione che si intende attivare, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni. L'attivazione dei rapporti con convenzione avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9 bis del decreto delegato.*

3. *Il Consiglio regionale verifica annualmente l'andamento delle convenzioni attivate per le sperimentazioni gestionali.*

Capo II
Funzioni gestionali

Art. 35
Organi

1. Gli organi delle aziende unità sanitarie locali sono:
   a) il direttore generale;
   a bis) il collegio di direzione; ***(451)***
   b) il collegio sindacale.
2. Gli organi delle aziende ospedaliero-universitarie sono quelli indicati dall' articolo 4 del d.lgs. 517/1999 e disciplinati dai protocolli d'intesa di cui all' articolo 13, comma 2. Nei casi di aziende ospedaliero-universitarie cui siano stati conferiti beni e risorse anche da parte universitaria, con l'atto aziendale di costituzione dell'azienda può essere istituito apposito organo paritetico cui è conferita la delega alla gestione economico-patrimoniale.

Art. 36
Funzioni e competenze del direttore generale

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione *complessiva* ***(452)*** e la rappresentanza delle aziende sanitarie ai sensi degli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato.
2. Il direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole nelle forme e secondo le modalità previste dallo statuto aziendale.
3. È riservata al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:
   a) la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali e del direttore della rete ospedaliera; ***(123)***
   b) la nomina dei membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del collegio, ai sensi dell'articolo 3, comma 13, del decreto delegato;
   b bis) la proposta al prefetto, ai sensi dell'articolo 21 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), dell'elenco dei nominativi per l'attribuzione della qualifica di ufficiale di polizia giudiziaria agli operatori addetti alle mansioni e alle funzioni in materia di igiene e sicurezza sul lavoro; ***(542)***
   c) la nomina dei direttori o dei responsabili delle strutture ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali;
   d) lo statuto aziendale;
   e) gli atti di bilancio;
   f) i piani attuativi;
   g) la relazione sanitaria aziendale;
   h) *provvedimenti che comportano modifiche del patrimonio immobiliare dell'azienda;* ***(453)***
   i) la costituzione delle società di cui all'articolo 34;
   i bis) *l'approvazione dello statuto e della convenzione della società della salute, ai sensi dell'articolo 71 quater, comma 4.* ***(124)***

3 bis. Ove costituita la società della salute, il direttore generale è componente dell'assemblea dei soci di cui all'articolo 71 sexies e della giunta esecutiva di cui all'articolo 71 septies ovvero designa il rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale ai fini della partecipazione alla medesima giunta. ***(125)***

Art. 37
Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale

1. *Il direttore generale delle aziende sanitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale è nominato dal Presidente della Giunta regionale con le modalità previste dall'articolo 2, commi 1 e 2, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria). La Giunta regionale*

definisce le modalità di costituzione della commissione preposta alla valutazione dei candidati, nonché le modalità e i criteri di selezione della rosa di candidati da proporre al Presidente della Giunta regionale. ***(310) (377) (705)***

2. *Il direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale, ai sensi del comma 1:*
a) per le aziende unità sanitarie locali, previo confronto con la Conferenza aziendale dei sindaci;
b) per le aziende ospedaliero-universitarie, di intesa con il rettore dell'università interessata. ***(705)***

3. La nomina del direttore generale è preceduta da motivata comunicazione al Consiglio regionale, decorsi trenta giorni dal ricevimento della comunicazione da parte del Consiglio regionale, il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina.

4. *L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile; il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V titolo III del codice civile, secondo lo schema-tipo approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale ed è stipulato fra il Presidente della Giunta ed il direttore generale nominato nel termine di quindici giorni.* ***(3)***

5. Gli oneri derivanti dall'applicazione del contratto sono a carico del bilancio dell'azienda; sono altresì a carico del bilancio dell'azienda gli oneri di cui all'articolo 3-bis, comma 11, del decreto delegato; non può gravare sul bilancio dell'azienda altro onere a titolo di compenso o rimborso spese per il direttore generale, salvo quelli espressamente previsti dalla legislazione vigente.

6. *Il Presidente della Giunta regionale, prima della scadenza del termine del contratto, può prorogare, per un periodo non superiore a sessanta giorni, il contratto in scadenza.* ***(705)***

6 bis. Durante la pendenza del contratto il Presidente della Giunta regionale può, per motivate esigenze organizzative e gestionali, nominare, ad invarianza di retribuzione, il direttore generale presso altra azienda o ente del servizio sanitario regionale, per la residua durata del contratto. Nulla è comunque dovuto al direttore generale, a titolo di indennizzo, a fronte di tale mobilità. La disposizione si applica ai direttori generali delle aziende ed enti del servizio sanitario regionale, anche con rapporto in essere, in conformità a quanto previsto nei contratti vigenti, purché gli stessi siano in possesso dei requisiti per la nomina a direttore generale di azienda sanitaria. L'incarico di direttore di azienda sanitaria o ente del servizio sanitario regionale è comunque subordinato al rispetto delle modalità procedurali di cui all'articolo 2 del d.lgs. 171/2016. ***(667) (705)***

7. *Abrogato.* ***(310)***

7 bis. Annualmente l'operato del direttore generale viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. ***(127) (543)***

7 ter. Non è consentita la nomina a direttore generale per più di due mandati consecutivi presso la medesima azienda sanitaria o presso il medesimo ente del servizio sanitario regionale. ***(128) (705)***

Art. 38
Cause di incompatibilità e di inconferibilità del direttore generale ***(311)***

1. Le cause di inconferibilità e di incompatibilità dell'incarico di direttore generale sono indicate nel decreto delegato e nel decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190).

2. Il Presidente della Giunta regionale accerta la sussistenza delle condizioni di incompatibilità e di inconferibilità del direttore generale al momento della nomina.

3. Il rilievo di eventuali incompatibilità è contestato, in qualunque momento, dal Presidente della Giunta regionale al direttore generale il quale, entro quindici giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia al Presidente della Giunta regionale. Decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il direttore generale è dichiarato decaduto.

Art. 39
Cause di decadenza e revoca del direttore generale

1. Le cause di decadenza e revoca dalla nomina del direttore generale sono quelle previste agli articoli 3 e 3 bis del decreto delegato *e all'articolo 2 del d.lgs. 171/2016* ***(706)*** nonché quelle previste dal contratto di cui all' articolo 37, comma 4; la pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione di diritto del contratto con il direttore generale.

2. La sussistenza o la sopravvenienza degli impedimenti di cui all'articolo 3, comma 11, del decreto delegato è sempre causa di decadenza del direttore generale dalla nomina.

3. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta regionale.

4. *Nei casi di decadenza o revoca, sono preventivamente acquisiti per il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale il parere della conferenza aziendale dei sindaci e, per il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'intesa con il rettore dell'università interessata, nonché il parere della conferenza regionale dei sindaci, salvo nei casi di cui al comma 2 e all'articolo 2, comma 6, del d.lgs. 171/2016.* ***(707)***

5. Trascorsi inutilmente dieci giorni dalla richiesta dei pareri di cui al comma 4, il Presidente della Giunta regionale può comunque pronunciare la decadenza.

6. Il Presidente della Giunta regionale prescinde dai pareri nei casi di particolare gravità ed urgenza e nell'ipotesi di commissariamento aziendale.

7. Nei casi di cui al comma 6, il Presidente della Giunta regionale informa tempestivamente della decadenza del direttore generale o dell'eventuale commissariamento aziendale, la *conferenza aziendale dei sindaci,* ***(129)*** per l'azienda unità sanitaria locale, il rettore dell'università interessata ***(668) (587) (129)*** per l'azienda ospedaliero-universitaria.

8. *La conferenza aziendale dei sindaci, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, può chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre l'attribuzione di un ulteriore mandato.* ***(454)***

9. *In caso di decadenza o revoca del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale nomina un commissario.* ***(130)***

9 bis. Il commissario di cui al comma 9:

a) è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario nazionale; ***(708)***

b) esercita le funzioni del direttore generale e, salvo diversa previsione dell'atto di nomina, sostituisce i direttori amministrativo e sanitario e ne esercita le funzioni;

c) resta in carica per non oltre dieci ***(293)*** *mesi.* ***(131)*** ***(296)***

10. *In attesa della conclusione del procedimento di revoca o di decadenza del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale può sospenderlo dalle funzioni qualora ricorrano gravi motivi e sussistano situazioni di urgente necessità.* ***(130)***

10 bis. Nei casi di cui al comma 10 il Presidente della Giunta regionale, contestualmente alla sospensione, nomina un commissario ai sensi e per gli effetti del comma 9 bis. ***(131)***

11. *Fino alla nomina del commissario, esercita le funzioni di direttore generale il più anziano di età fra il direttore amministrativo e sanitario.* ***(130)***

12. Per le aziende ospedaliero-universitarie, i protocolli d'intesa di cui all' articolo 13, comma 2, tra Regione e università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-bis del decreto delegato.

12 bis. Nel caso di dimissioni o morte del direttore generale si applicano i commi 9, 9 bis e 11. ***(132)***

Art. 40

Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali ***(133)***

1. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, che esprimono parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di loro competenza. ***(331)*** *I requisiti e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinate dagli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato.*

2. Il direttore generale nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario fra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis.

3. Nelle aziende unità sanitarie locali il direttore è coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3 septies del decreto delegato. ***(273)***

4. Il direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale è nominato dal direttore generale tra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis, sentita la conferenza aziendale dei sindaci; si applica la disposizione di cui all'articolo 3, comma 11 del decreto delegato.

5. Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti che ***(378)*** *abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:*

a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;

b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;

c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).

6. Il trattamento economico del direttore dei servizi sociali è determinato con deliberazione della Giunta regionale in misura non superiore al 70 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, tenendo conto in particolare della complessità delle funzioni esercitate.

7. Il rapporto di lavoro del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi sociali è esclusivo, non è compatibile con cariche pubbliche elettive o di nomina ed è regolato da contratto di diritto privato rinnovabile; tale contratto, redatto sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale, è stipulato dall'azienda sanitaria.

8. La nomina a direttore sanitario e a direttore amministrativo determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 11, del decreto delegato.

9. La nomina a direttore dei servizi sociali di dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale, ovvero di una azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto; l'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

10. Il direttore generale risolve il contratto stipulato con il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali, qualora sopravvengano:

a) alcuno dei fatti previsti dall'articolo 3, comma 11, del decreto delegato ovvero non siano state rimosse le cause di incompatibilità;

b) gravi motivi;

c) violazione di legge o del principio del buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione.

11. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali si risolve di diritto decorsi sessanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale, se questi non provvede alla loro riconferma.

12. Non è consentita la nomina a direttore amministrativo o a direttore sanitario o a direttore dei servizi sociali per più di due mandati consecutivi presso la medesima azienda sanitaria o presso il medesimo ente del servizio sanitario regionale. ***(709)***

Art. 40 bis

Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, a direttore sanitario, a direttore dei servizi sociali, a direttore delle società della salute e a direttore delle zonedistretto ***(134) (544) (710)***

1. Presso la competente struttura della Giunta regionale sono istituiti gli elenchi degli aspiranti alla nomina a:

a) direttore amministrativo delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale;

b) direttore sanitario delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliero-universitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale;

c) direttore dei servizi sociali delle aziende unità sanitarie locali;

d) direttore delle società della salute e direttore delle zone-distretto.

2. L'iscrizione negli elenchi di cui al comma 1 avviene nel rispetto delle procedure di cui al comma 3 per gli aspiranti direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali e con le procedure di cui al comma 4 per gli aspiranti direttori delle società della salute e delle zone-distretto.

3. Gli aspiranti direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali presentano domanda con le modalità definite in apposito avviso pubblico indetto dalla competente struttura della Giunta regionale che accerta la regolarità formale delle domande e verifica la sussistenza dei requisiti previsti agli articoli 3 e 3 bis del decreto delegato, all'articolo 1 del regolamento emanato con decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale) e all'articolo 40, comma 5. Gli esiti dell'istruttoria sono trasmessi alla commissione di cui all'articolo 3 del d.lgs. 171/2016 costituita con le modalità definite dalla Giunta regionale. La commissione procede alla selezione per titoli e colloquio secondo quanto previsto dal medesimo articolo 3 del d.lgs. 171/2016.

4. *Fatta salva la facoltà della Giunta regionale di indire comunque un avviso, gli aspiranti direttori delle società della salute e gli aspiranti direttori delle zone-distretto presentano domanda alla competente struttura della Giunta regionale, allegando il curriculum vitae, i titoli scientifici e professionali ed eventuali pubblicazioni dal 1° al 31 dicembre di ogni anno. La competente struttura della Giunta regionale accerta la regolarità formale delle domande e verifica la sussistenza dei requisiti previsti dagli articoli 64 bis e 71 novies.*

5. *Le istruttorie di cui ai commi 3 e 4 non possono superare novanta giorni dalla ricezione delle domande. Al termine dell'istruttoria di cui al comma 4 gli aspiranti direttori delle società della salute e gli aspiranti direttori delle zone-distretto sono iscritti nell'elenco di cui al comma 1, lettera d).*

6. *I provvedimenti di nomina dei soggetti di cui al comma 1 sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana. Contestualmente alla pubblicazione di cui al presente comma, i provvedimenti di nomina, corredati dal relativo curriculum vitae, sono pubblicati sul sito web della Giunta Regionale, in apposita sezione dedicata all'elenco. Nella stessa sezione sono pubblicati tutti i nominativi degli aspiranti alle cariche di cui al comma 1 e i relativi curricula.*

Art. 40 ter
Collegio di direzione delle aziende sanitarie ***(456)***

1. *In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.*

2. *Il collegio di direzione è composto da:*
   - *a) Il direttore sanitario, che lo presiede;*
   - *b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;*
   - *c) i direttori dei dipartimenti, di cui all'articolo 69 bis, comma 2;*
   - *d) i direttori infermieristico e tecnico sanitario di cui all'articolo 69 quinquies comma 5;*
   - *e) un medico di medicina generale eletto fra i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di cui all'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e un pediatra di libera scelta eletto dal comitato aziendale della pediatria di libera scelta.*

3. *Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari ed i coordinatori sociosanitari di zona di cui all'articolo 64.2, comma 4, ed i direttori dei presidi ospedalieri.*

4. *Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.*

5. *Alle sedute del collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo, e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco.*

Art. 41
Collegio sindacale. Nomina e funzionamento

1. Il collegio sindacale *è nominato* ***(457)*** dal direttore generale sulla base delle designazioni formulate, per le aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 3 ter del decreto delegato, e, per le aziende ospedaliero-universitarie, ai sensi dell' articolo 4, comma 3, del d.lgs. 517/1999 .

1 bis. *Il Presidente della Giunta regionale designa un membro del collegio sindacale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero– universitarie* ***(546)*** *, ai sensi dell'articolo 3 ter, comma 3, del decreto delegato, e dell'articolo 4, comma 3, del d.lgs. 517/1999,* ***(546)*** *previa deliberazione del Consiglio regionale.* ***(458)***

1 ter. Nel caso in cui la deliberazione del Consiglio regionale di cui al comma 1 bis non sia approvata entro i quindici giorni antecedenti il termine di scadenza dell'organo, il Presidente della Giunta

regionale provvede comunque alla designazione. ***(547)***

2. Il direttore generale nomina i sindaci revisori con specifico provvedimento e li convoca entro il termine massimo di dieci giorni dalla nomina; nella prima seduta il collegio procede alla elezione tra i propri componenti del presidente che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo presidente.

2 bis. *Qualora entro quarantacinque giorni dalla cessazione del mandato il direttore generale non provveda alla ricostituzione del collegio, il Presidente della Giunta regionale nomina in via straordinaria, nei successivi trenta giorni, un collegio di tre componenti in possesso dei requisiti prescritti. Decorso inutilmente il predetto termine, vi provvede il Ministero dell'economia e delle finanze nominando propri funzionari. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto di nomina del nuovo collegio.* ***(312)***

3. *Entro dieci giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza della cessazione di uno o più componenti a seguito di dimissioni, vacanza o qualunque altra causa, il direttore generale provvede a chiedere una nuova designazione all'amministrazione competente ed alla ricostituzione del collegio nel termine di trenta giorni dalla data di designazione. In caso di mancanza di più di due componenti deve procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione dell'intero collegio entro il termine di trenta giorni il Presidente della Giunta regionale provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della Regione e due designati dal Ministero del tesoro in possesso dei requisiti prescritti dalla normativa vigente. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.* ***(313)***

4. Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il membro del collegio sindacale, che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive del collegio, decade dall'ufficio.

5. Il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti; i verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Giunta regionale; nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza, la Giunta regionale può comunque richiedere al collegio la trasmissione dei verbali.

6. *Ai membri del collegio sindacale è attribuita l'indennità prevista dall'articolo 3, comma 13, del decreto delegato, ed il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei limiti e secondo quanto previsto dalla normativa vigente per i dirigenti del servizio sanitario nazionale; le modalità di computo della indennità sono stabilite con provvedimento della Giunta regionale.* ***(5)***

Art. 42
Collegio sindacale. Funzioni

1. Il collegio sindacale:
   a) esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile sull'attività dell'azienda sanitaria;
   b) vigila sull'osservanza delle leggi;
   c) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
   d) accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione o custodia;
   e) esercita il controllo anche sulle attività svolte dalle aziende stesse in materia di assistenza sociale e di servizi socio-assistenziali.

2. Tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione; entro lo stesso termine gli atti sono pubblicati sull'albo dell'azienda sanitaria.

3. Il collegio entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio medesimo; in caso contrario, è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni ed a comunicarle al collegio.

4. Gli atti che, ai sensi della presente legge, non sono sottoposti al controllo della Giunta regionale diventano esecutivi, salva la immediata eseguibilità dichiarata per motivi di urgenza, con la pubblicazione all'albo dell'azienda sanitaria per quindici giorni consecutivi.

5. Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla attività della azienda sanitaria, il collegio può eseguire controlli a campione; a tal fine all'inizio di ogni seduta definisce, dandone atto nel libro delle adunanze e nel verbale, i criteri di campionamento che intende utilizzare nell'esame degli atti; il

collegio deve indicare le indagini eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale di cui al comma 8.

6. Sono comunque soggetti a controllo puntuale da parte del collegio i seguenti tipi di atti:
   a) atti di bilancio;
   b) regolamenti in materia di contabilità.

7. Il collegio esamina il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio ed esprime le proprie osservazioni in una relazione che trasmette al direttore generale; copia di tale relazione è allegata agli atti di bilancio e trasmessa alla Giunta regionale per l'approvazione di cui all' articolo 10, comma 3.

8. Su tutti i controlli eseguiti ai sensi del presente articolo, il collegio redige trimestralmente una relazione, in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell'azienda sanitaria; la relazione è inviata al direttore generale e alla Giunta regionale; la Giunta regionale può esprimere indirizzi in ordine ai contenuti della relazione anche attraverso la predisposizione di appositi schemi-tipo.

Capo III
Funzioni consultive del governo clinico

Art. 43
Le strutture regionali del governo clinico ***(629)***

1. Sono strutture del governo clinico regionale i seguenti organismi:
   a) Organizzazione toscana trapianti;
   b) Abrogata; ***(683)***
   c) Centro regionale sangue;
   d) Centro regionale per la gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente;
   e) Centro regionale per la medicina integrata;
   f) Centro regionale di riferimento per le criticità relazionali;
   g) Centro regionale di riferimento per la verifica esterna di qualità (VEQ);
   h) Centro di coordinamento regionale per la salute e la medicina di genere.

2. Per favorire il governo clinico regionale delle attività caratterizzate da una elevata necessità di integrazione e direzione tecnica regionale, la Giunta regionale, previo parere del Comitato tecnico scientifico dell'Organismo toscano per il governo clinico e acquisito il parere obbligatorio della commissione consiliare competente, che si esprime nel termine di trenta giorni dalla richiesta, può altresì costituire specifiche strutture con funzione di riferimento regionale.

3. Per lo sviluppo a rete di specifici settori del servizio sanitario regionale e per la promozione delle attività di governo clinico, la Giunta regionale, previo parere del Comitato tecnico scientifico dell'Organismo toscano per il governo clinico, può istituire appositi organismi regionali di coordinamento delle strutture organizzative aziendali ed interaziendali.

4. La Giunta regionale disciplina, con propria deliberazione nel rispetto della specifica normativa vigente ***(669)*** *:*
   a) l'organizzazione, le funzioni ed i compiti delle strutture e degli organismi di governo clinico, nonché il rimborso dei costi connessi al loro funzionamento, nell'ambito del perseguimento di obiettivi di carattere generale;
   b) la corresponsione, in conformità alla normativa statale vigente, dell'eventuale trattamento economico o della eventuale indennità del responsabile della struttura o organismo di governo clinico e dei rimborsi spese spettanti ai componenti delle strutture e degli organismi di governo clinico, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo del trattamento economico o della indennità è determinato tenendo conto della funzione di ciascun organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità.

5. La deliberazione di cui al comma 4 è adottata tenendo conto dei seguenti indirizzi:
   a) le singole strutture di governo clinico di livello regionale possono essere collocate presso le aziende sanitarie o gli enti del servizio sanitario regionale o la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, laddove sia necessario garantire una posizione di autonomia e terzietà, avvalendosi anche di personale, di qualifica dirigenziale e non dirigenziale, comandato o messo a disposizione dalle aziende sanitarie o dagli enti del servizio sanitario regionale;
   b) il responsabile delle singole strutture di governo clinico, che non sia individuato fra i dirigenti della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, può essere individuato tra i dirigenti delle aziende sanitarie o degli enti del servizio sanitario regionale o fra soggetti non dipendenti del servizio sanitario regionale con comprovata esperienza in materia;

c) la complessità degli atti, delle funzioni e dell'impegno richiesto a ciascun responsabile degli organismi di cui al comma 1, può comportare la necessità che tali figure svolgano le funzioni a tempo pieno o a tempo parziale;

d) nel caso in cui la funzione di responsabile richieda un impegno a tempo pieno, l'incarico è conferito con decreto del Presidente della Giunta regionale e si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9 bis, commi 3, 6, 6 bis, 8, 9 e 10;

e) nel caso in cui la funzione di responsabile richieda un impegno a tempo parziale, l'incarico di responsabile è conferito con decreto del Presidente della Giunta regionale ed è subordinato al rilascio di apposita autorizzazione dell'amministrazione da cui il soggetto dipende.

Art. 44
Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali

1. Il consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali è organismo elettivo e la sua composizione è così articolata:
   a) la rappresentanza medica è costituita da ventisette membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera; tale rappresentanza è composta da diciotto dirigenti medici ospedalieri, scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo statuto aziendale, da tre medici dirigenti delle attività extra ospedaliere, di cui almeno uno del dipartimento di prevenzione, da quattro medici convenziona ti, di cui due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti, un rappresentante delle medicine complementari;
   b) da quattro a sei componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
   c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico che assicurino la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;
   d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.
2. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 1, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:
   a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici dipendenti ospedalieri ed extra ospedalieri, ivi compresi i medici veterinari;
   b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario di cui al comma 1, lettera b) tutti gli altri laureati del ruolo sanitario dipendenti dell'azienda unità sanitaria locale;
   c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 1, lettera c) tutto il personale di assistenza infermieristica dell'azienda unità sanitaria locale;
   d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 1, lettera d), tutto il personale tecnico sanitario, di riabilitazione e *della prevenzione* ***(461)*** dell'azienda unità sanitaria locale;
   e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici convenzionati con l'azienda sanitaria.
3. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere; risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentatività delle attività ospedaliere ed extraospedaliere di cui al comma 1, lettere b) e c).
4. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro, si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.
5. E' membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.
6. *Partecipano alle sedute del consiglio dei sanitari, senza diritto di voto, i presidenti degli ordini provinciali dei medici o loro delegati.* ***(548)***

Art. 45
Consiglio dei sanitari delle aziende ospedalierouniversitarie

1. Il consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie è organismo elettivo, presieduto dal direttore sanitario, che ne è membro di diritto.
2. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri della rappresentanza medica sono in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, il numero dei membri elettivi delle due componenti è determinato tenendo conto dei membri di diritto, di cui ai commi 8 e 9, ascrivibili a ciascuna componente.

3. La componente elettiva è così articolata:
   a) venti medici complessivi appartenenti alle componenti ospedaliera ed universitaria di cui due rappresentanti delle medicine complementari; i componenti ospedalieri sono eletti tra i dirigenti; i candidati sono scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste nello statuto aziendale;
   b) tre medici convenzionati, di cui un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale;
   c) *quattro componenti in rappresentanza degli altri laureati, in misura pari tra la componente universitaria e quella ospedaliera;* ***(462)***
   d) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico;
   e) tre componenti in rappresentanza dei tecnici sanitari, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.
4. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 3, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti :
   a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 3, lettera a), tutti i medici ospedalieri e tutti i medici universitari;
   b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati di cui al comma 3, lettera c), gli altri laureati del ruolo sanitario dell'azienda ospedaliera e gli operatori sanitari laureati universitari;
   c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 3, lettera d), tutto il personale di assistenza infermieristica della azienda ospedaliero-universitaria;
   d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 3, lettera e) tutto il personale tecnico sanitario e di riabilitazione della azienda ospedaliero-universitaria;
   e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati con le aziende unità sanitarie locali dell'area vasta di riferimento, di cui al comma 3, lettera b), tutti i medici convenzionati con l'azienda.
5. L'elezione avviene a scrutinio segreto; ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere.
6. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro elettivo si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.
7. Qualora, a seguito di cambiamenti nella composizione della rappresentanza medica, si verifichi uno squilibrio tra componente ospedaliera e componente universitaria, in ottemperanza del principio della pariteticità delle componenti, di cui al comma 2, il membro elettivo della componente in eccesso che ha conseguito il minor numero di voti al momento dell'elezione è sostituito dal primo dei non eletti della componente in difetto; il direttore generale procede alla sostituzione; in assenza di dirigenti non eletti della componente in difetto, si applicano le disposizioni di cui al comma 9.
8. E' membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.
9. *Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio dei sanitari delle strutture di cui al comma 3, lettera a), in sede di insediamento, il direttore generale può designare i membri, individuati tra i dirigenti, nel numero strettamente necessario a soddisfare i criteri di parità enunciati nei commi precedenti fino ad un massimo di otto membri, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.* ***(463)***
10. *Partecipano alle sedute del consiglio dei sanitari, senza diritto di voto, i presidenti degli ordini provinciali dei medici o loro delegati.* ***(549)***

Art. 46

Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedalierouniversitarie

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli 22, 23, 24 e 50, nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale con particolare riferimento a quelle di carattere organizzativo e di funzionamento dei servizi, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12 del decreto delegato; il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di venti giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere; il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.
2. Il consiglio dei sanitari dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro trenta giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la scadenza.
3. Il consiglio dei sanitari è convocato dal direttore sanitario che lo presiede; nella prima seduta il

consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto tre vice presidenti, di cui due medici, appartenenti, nell'azienda ospedaliero-universitaria, a ciascuna delle componenti di cui all' articolo 45, comma 3, lettera a); *i candidati alla vice presidenza devono provenire dalla componente elettiva del consiglio.* ***(464)***

4. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la metà dei componenti; le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto; in caso di parità di voto, prevale il voto del presidente.

Art. 47
Elezioni del consiglio dei sanitari

1. Le modalità di elezione del consiglio dei sanitari ed i relativi criteri di selezione dei candidati, sono disciplinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale.
2. Il regolamento assicura il rispetto delle previsioni di cui all'articolo 44, comma 1, lettera a), ed all' articolo 45, comma 3, lettera a).

Art. 48
Collegio di direzione delle aziende sanitarie ***(465)***

Abrogato.

Art. 49
Collegio di direzione di area vasta ***(466)***

Abrogato.

Capo III bis
Organismo toscano per il governo clinico e Osservatorio per le professioni sanitarie *(630) (670)*

Art. 49 bis
Organismo toscano per il governo clinico ***(631)***

1. È istituito l'Organismo toscano per il governo clinico presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.

2. L'Organismo toscano per il governo clinico è organismo consultivo e tecnico scientifico della Giunta regionale ed ha le seguenti finalità:
- *a) garantire la coerenza complessiva delle attività svolte dai singoli organismi di governo clinico, sulla base degli indirizzi fissati dalla Giunta regionale;*
- *b) valorizzare la funzione strategica degli organismi di governo clinico;*
- *c) garantire una gestione univoca sul piano tecnico, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità specifiche, dell'appropriatezza e della valutazione dei risultati;*
- *d) contribuire alla valorizzazione delle risorse umane.*

3. L'Organismo toscano per il governo clinico svolge le funzioni di:
- *a) coordinamento delle attività di governo clinico regionale;*
- *b) consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria anche in relazione agli aspetti clinico assistenziali;*
- *c) espressione di pareri sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario di maggiore rilevanza;*
- *d) predisporre e monitorare i percorsi diagnostico terapeutico assistenziali su richiesta dei settori della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute sentiti i dipartimenti interaziendali di area vasta.*

4. I componenti dell'Organismo toscano per il governo clinico restano in carica per la durata della legislatura regionale.

Art. 49 ter
Articolazione funzionale dell'Organismo toscano per il governo clinico ***(632)***

1. L'Organismo toscano per il governo clinico ha la seguente articolazione funzionale:
- *a) Coordinatore;*
- *b) Ufficio di coordinamento;*
- *c) Comitato tecnico scientifico.*

Art. 49 quater
Coordinatore dell'organismo toscano per il governo clinico ***(633)***

1. Il Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico è nominato dal Presidente della Giunta

regionale, su proposta del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, tra medici di comprovata esperienza professionale e organizzativa o con responsabilità in strutture sanitarie o in organismi scientifici consultivi nazionali o regionali e con esperienza almeno quinquennale di attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture del servizio sanitario nazionale.

2. Il Coordinatore svolge le seguenti funzioni:

a) convoca e presiede l'Ufficio di coordinamento e il Comitato tecnico scientifico;

b) predispone, di concerto con il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, l'ordine del giorno dell'Ufficio di coordinamento e del Comitato tecnico scientifico;

c) sovrintende all'attuazione del programma dell'Organismo toscano per il governo clinico;

d) presenta annualmente alla Giunta regionale la relazione sull'attività dell'organismo;

e) partecipa al Comitato di indirizzo e controllo dell'ARS e alla Commissione regionale di bioetica senza diritto di voto.

Art. 49 quinquies
Ufficio di coordinamento ***(634)***

1. L'Ufficio di coordinamento dell'Organismo toscano per il governo clinico è composto:

a) dal Coordinatore;

b) dai responsabili, o loro delegati, degli organismi costituiti ai sensi dell'articolo 43;

c) dai coordinatori delle commissioni permanenti operanti nell'ambito del Comitato tecnico scientifico;

d) da quattro medici, un infermiere e un rappresentante delle altre professioni sanitarie eletti dal Comitato tecnico scientifico tra i suoi componenti, su proposta del Coordinatore;

e) abrogata; ***(711)***

f) dal dirigente regionale competente in materia di governo clinico, o suo delegato, con funzioni di segretario;

g) dal coordinatore della commissione di valutazione delle tecnologie ed investimenti sanitari o suo delegato;

h) dal presidente della commissione regionale per la formazione sanitaria o suo delegato;

i) dal presidente della commissione terapeutica regionale o suo delegato;

l) dal coordinatore del comitato strategico della rete pediatrica costituito a seguito della riorganizzazione di cui all'articolo 33 bis o suo delegato.

l bis) dal direttore generale dell'ISPRO relativamente alle funzioni di governo clinico in ambito oncologico. ***(682)***

2. L'Ufficio di coordinamento svolge le seguenti funzioni:

a) raccordo e coordinamento tra le attività delle singole strutture di governo clinico, di cui all'articolo 43;

b) espressione di pareri e formulazione di proposte su specifiche questioni inerenti all'operatività delle diverse strutture del governo clinico;

c) proposta al Comitato tecnico scientifico, sentito il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, del programma annuale di attività dell'Organismo toscano per il governo clinico;

d) formulazione delle designazioni previste dalla normativa vigente o richieste dalla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, qualora motivi di particolare urgenza non consentano la convocazione del Comitato tecnico scientifico;

e) proposta al Comitato tecnico scientifico del regolamento interno dell'Organismo toscano per il governo clinico e delle eventuali modifiche.

3. Il Coordinatore cura l'insediamento dell'Ufficio di coordinamento.

4. L'Ufficio di coordinamento si riunisce, di norma, con periodicità mensile, nonché, a seguito di apposita convocazione del Coordinatore, qualora sia necessario in relazione a specifici accadimenti o a situazioni di particolare urgenza.

Art. 49 sexies
Comitato tecnico scientifico ***(635)***

1. Il Comitato tecnico scientifico è costituito da:

a) sedici medici, di cui un odontoiatra, rappresentativi anche della medicina generale e della pediatria di libera scelta, esperti nelle discipline maggiormente coinvolte nel governo clinico, con esclusione, di norma, delle professionalità già presenti negli organismi di governo clinico di cui all'articolo 43;

b) dodici rappresentanti delle altre professioni sanitarie esperti, appartenenti alle professioni

presenti nel servizio sanitario regionale, maggiormente coinvolte nel governo clinico;

c) tre medici e tre infermieri, designati dai rettori delle università degli studi toscane;

*d) i componenti dell'Ufficio di coordinamento, di cui all'articolo 49 quinquies, comma 1, lettere a), b), c), f), g), h) ed i); **(712)***

e) nove membri designati dal Consiglio regionale, di cui sei medici e tre rappresentanti delle altre professioni sanitarie.

2. I componenti di cui al comma 1, lettere a), b) ed e), sono scelti tra esperti con dimostrata esperienza professionale e organizzativa nel servizio sanitario regionale o responsabilità nazionali o regionali in società scientifiche tenendo conto delle diverse professionalità presenti nelle tre aree vaste; il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina del Comitato tecnico scientifico non appena sia possibile nominare la maggioranza dei componenti.

3. Partecipano alle riunioni del Comitato tecnico scientifico, su invito del Coordinatore ed in relazione alle tematiche trattate, i direttori, o loro delegati, dell'ARS e dell'Agenzia regionale di protezione ambientale della toscana (ARPAT), nonché il presidente, o un suo delegato, della Commissione regionale di bioetica.

4. Il Comitato tecnico scientifico svolge le seguenti funzioni:

a) espressione di pareri sugli atti aventi carattere programmatorio o dispositivo generale e su problematiche rilevanti o di prevalente carattere interdisciplinare o interprofessionale o comunque di ambito regionale, su richiesta della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute;

b) predisposizione di linee guida e di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, e relativi diagrammi decisionali, su richiesta dei settori della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute ed in raccordo con i dipartimenti interaziendali;

c) formulazione di proposte o espressione di pareri su richiesta della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute in merito a tematiche di particolare rilevanza;

d) espressione delle designazioni previste dalla normativa vigente o richieste dalla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute;

e) approvazione, su proposta dell'Ufficio di coordinamento, del programma annuale di attività e del regolamento interno dell'Organismo toscano per il governo clinico.

5. Il Comitato tecnico scientifico si riunisce, di norma, con periodicità bimestrale, nonché, a seguito di apposita convocazione del Coordinatore, qualora sia necessario in relazione a specifici accadimenti o a situazioni di particolare urgenza.

6. Su iniziativa del coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico o su richiesta del direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, sono istituite le commissioni permanenti previste da normative specifiche o ritenute necessarie per problematiche peculiari che richiedono una valutazione continuativa; alle commissioni permanenti possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al servizio sanitario regionale, individuati dal Comitato tecnico scientifico.

7. Il Comitato tecnico scientifico opera, di norma, attraverso le commissioni permanenti o, per tematiche specifiche e su richiesta della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, attraverso gruppi di lavoro, costituti dagli esperti delle discipline o professioni interessate alla materia in discussione.

8. Nella prima seduta, su proposta del Coordinatore, i componenti di cui al comma 1, eleggono nel proprio seno i sei componenti dell'Ufficio di coordinamento, di cui all'articolo 49 quinquies, comma 1, lettera d).

Art. 49 septies
*Struttura di supporto all'Organismo toscano per il governo clinico **(636)***

1. La Giunta regionale garantisce all'Organismo toscano per il governo clinico, nell'ambito della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, una sede idonea, nonché un adeguato supporto tecnico-professionale e amministrativo.

2. Il supporto amministrativo è garantito dal settore competente in materia di governo clinico, attraverso il suo dirigente, con funzioni di segretario del Comitato tecnico scientifico, da un funzionario per le attività amministrative e contabili a supporto della operatività dell'Organismo toscano per il governo clinico e da adeguato personale amministrativo di supporto.

Art. 49 octies
*Indennità e rimborso spese **(637)***

1. Al Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico è corrisposta una indennità mensile di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, tenuto conto della funzione

dell'organismo, della complessità delle attività svolte e dell'impegno richiesto per lo svolgimento del compito.

2. *Ai componenti dell'Organismo toscano per il governo clinico compete il rimborso delle spese nella misura prevista per i dirigenti regionali.*

3. *Ai componenti che non sono dipendenti regionali è riconosciuto il rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa statale vigente. Ai componenti inquadrati nel ruolo unico regionale si applicano le direttive emanate dalla Giunta regionale in applicazione dell'articolo 6, comma 12, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 (Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica) convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.*

Art. 49 novies
Regolamento ***(638)***

1. *Il regolamento dell'Organismo toscano per il governo clinico è adottato dal Comitato tecnico scientifico, su proposta dell'Ufficio di coordinamento, entro trenta giorni dalla seduta di insediamento del Comitato stesso.*

2. *Il regolamento definisce le norme per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Organismo toscano per il governo clinico, delle relative commissioni permanenti e dei gruppi di lavoro.*

Art. 49 decies
Osservatorio per le professioni sanitarie ***(639)***

1. *È istituito, presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, l'Osservatorio per le professioni sanitarie.*

2. *L'Osservatorio per le professioni sanitarie opera a livello regionale, nel pieno rispetto dell'identità, specificità ed esclusività delle rispettive competenze di ciascuna delle professioni definite in base ai vari profili, all'ordinamento di studi e al codice deontologico di ciascuna di esse.*

3. *L'Osservatorio per le professioni sanitarie si riunisce, di norma, tre volte l'anno e svolge le seguenti funzioni:*
   - *a) collaborazione con la rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua di cui all'articolo 51, comma 3;*
   - *b) partecipazione ai processi di rilevazione del fabbisogno formativo delle singole professioni, ai fini della elaborazione dei piani formativi aziendali e di area vasta, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 51, comma 7;*
   - *c) formulazione di proposte ai fini della ottimizzazione della formazione professionale;*
   - *d) rilascio di pareri sugli atti di programmazione del servizio sanitario regionale, su richiesta della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute;*
   - *e) elaborazione di indirizzi inerenti all'integrazione delle competenze professionali;*
   - *f) concorso alla definizione condivisa di standard e livelli di performance idonei a garantire lo sviluppo ed il mantenimento delle competenze e capacità professionali, ai sensi dell'articolo 39, comma 3, della legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento).*

4. *L'Osservatorio per le professioni sanitarie è composto da:*
   - *a) l'assessore competente, o suo delegato, con funzioni di presidente;*
   - *b) tre medici;*
   - *c) tre infermieri;*
   - *d) un componente per le altre professioni sanitarie presenti nel servizio sanitario regionale;*
   - *e) il Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico;*
   - *f) sei membri individuati dal Consiglio regionale, di cui un medico, un infermiere e quattro soggetti afferenti alle altre professioni sanitarie presenti nel servizio sanitario regionale.*

5. *I componenti di cui al comma 4, lettere b), c), d) ed f), sono individuati fra i soggetti designati dagli ordini, collegi o associazioni professionali presenti nella regione tra professionisti con particolare esperienza nelle tematiche professionali che non ricoprano, al momento della designazione, cariche sindacali nazionali o regionali.*

6. *Il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina dell'Osservatorio per le professioni sanitarie non appena sia possibile nominare la maggioranza dei componenti.*

7. *I componenti dell'Osservatorio per le professioni sanitarie rimangono in carica per la durata della legislatura regionale.*

8. *Qualora sia accertata l'esistenza o la sopravvenienza della causa di esclusione di cui al comma 5, il Presidente della Giunta regionale dichiara la decadenza dell'interessato dall'incarico di componente*

l'Osservatorio per le professioni sanitarie.

9. Il presidente svolge le seguenti funzioni:

a) convoca e presiede l'Osservatorio per le professioni sanitarie ;

b) predispone l'ordine del giorno dell'Osservatorio per le professioni sanitarie ;

c) sovrintende ai lavori dell'Osservatorio per le professioni sanitarie.

10. L'ordine del giorno dell'Osservatorio per le professioni sanitarie può essere integrato su iniziativa del presidente o su richiesta del Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico o di almeno un terzo dei rappresentanti delle professioni presenti.

11. L'Osservatorio per le professioni sanitarie è dotato di un ufficio di presidenza, con funzioni di supporto del presidente, costituito:

a) dal presidente;

b) da un rappresentante dei medici e da un rappresentante degli infermieri, con funzione di vicepresidenti;

c) dal Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico.

12. L'Osservatorio per le professioni sanitarie adotta, su proposta dell'ufficio di presidenza, il regolamento interno, in cui sono definite le norme per l'organizzazione ed il funzionamento dell'Osservatorio stesso.

13. Ai componenti dell'Osservatorio per le professioni sanitarie compete il rimborso delle spese nella misura prevista per i dirigenti regionali.

14. Ai componenti che non sono dipendenti regionali è riconosciuto il rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa statale vigente. Ai componenti inquadrati nel ruolo unico regionale si applicano le direttive emanate dalla Giunta regionale in applicazione dell'articolo 6, comma 12, del d.l. 78/2010, convertito dalla l. 122/2010.

Capo IV
Statuto aziendale

Art. 50
Statuto aziendale ***(136)***

1. L'organizzazione delle aziende sanitarie è disciplinata dallo statuto e dai regolamenti interni, nel rispetto dei principi della presente legge e delle direttive impartite dalla Giunta regionale previo parere della commissione consiliare competente ***(467)*** *;*

2. Sono contenuti nello statuto aziendale:

a) la sede legale dell'azienda e le eventuali sedi operative ***(468)*** *;*

b) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica, e le competenze dei relativi responsabili;

c) le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti di cui alla presente legge ***(467)*** *;*

d) le procedure per la sostituzione, in caso di assenza e impedimento, del direttore amministrativo e sanitario e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali e del responsabile della zona-distretto;

e) la disciplina delle modalità per il conferimento delle deleghe di cui all'articolo 36, comma 2, fatto salvo quanto previsto al comma 3 del medesimo articolo;

e bis) i casi in cui il comitato di dipartimento di cui all'articolo 69 bis, comma 6, esprime pareri. ***(469)***

3. Lo statuto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie è adottato in conformità ai protocolli d'intesa tra Regione e università di cui all'articolo 13.

4. Lo schema di statuto aziendale e il regolamento di organizzazione aziendale ***(468)*** *è trasmesso dal direttore generale alla Giunta regionale allo scopo di acquisire il parere sulla coerenza dell'atto stesso con la programmazione regionale, nonché con i principi ed i criteri stabiliti dalla legge. La Giunta regionale esprime il proprio parere, sentita la commissione consiliare competente,* ***(468)*** *entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale il direttore generale può procedere all'approvazione dello statuto aziendale.*

5. Abrogato. ***(470)***

6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio sono costituite società della salute, le disposizioni statutarie e regolamentari in materia di organizzazione dei servizi territoriali sono adottate d'intesa con le stesse società della salute.

7. Per le aziende ospedaliero-universitarie sono disciplinati con atti regolamentari:

a) la definizione delle specifiche finalità delle articolazioni organizzative professionali che tengono

conto della presenza di attività didattica e di ricerca;

b) le modalità di designazione dei rappresentanti elettivi al collegio di direzione di cui all'articolo 40 ter, comma 4 ***(467)*** *, ed ai comitati di dipartimento.*

Capo V
Formazione sanitaria e ricerca

Art. 51
La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua ***(287)***

1. La Giunta regionale, al fine di promuovere opportunità di sviluppo dei centri di eccellenza e l'innalzamento omogeneo della qualità dell'assistenza della rete ospedaliera *e territoriale* ***(471)*** , tenuto conto della *programmazione sanitaria e sociale integrata locale e di area vasta,* ***(137)*** dei dati di mobilità sanitaria extraregionale, del bacino di utenza delle singole aziende sanitarie e dei relativi bisogni di salute, può finanziare, sentita la commissione regionale per la formazione di cui al comma 4, programmi di perfezionamento del personale mediante la stipula di specifici accordi con le università ed i centri specialistici regionali, nazionali ed esteri di riferimento nelle specifiche materie di interesse strategico.

2. Con le finalità di cui al comma 1, per valorizzare le risorse professionali esistenti all'interno del servizio sanitario regionale e adeguare la formazione degli operatori al modello produttivo e organizzativo del servizio stesso, la Giunta regionale istituisce la rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua.

3. La rete è costituita dal sistema delle aziende sanitarie e dell'ESTAR ***(333)*** *di cui all'articolo 100, dalle società della salute, dall'ARS, dagli enti di ricerca e dagli istituti di cui all'articolo 14, dall'ISPO di cui alla legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3 (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "CSPO") e dalle altre strutture che effettuano attività formativa di livello regionale.* ***(471)*** *La rete si avvale della collaborazione delle università toscane e degli ordini e collegi professionali della Regione, anche attraverso l'Osservatorio per le professioni sanitarie.* ***(640)*** ***(138)***

4. Ferme restando le competenze degli organismi previsti dai contratti collettivi di lavoro, la Giunta regionale istituisce, sentito *l'Osservatorio per le professioni sanitarie* ***(641)*** e nel rispetto del criterio della rappresentatività delle figure professionali che operano all'interno del servizio sanitario regionale pubblico e privato, delle professioni e con la partecipazione dell'università, una apposita commissione regionale per la formazione sanitaria, quale organismo di supporto per la definizione delle linee di indirizzo sulla rete formativa.

4 bis. Alla nomina della commissione provvede il Presidente della Giunta regionale. ***(62)***

5. La commissione per la formazione sanitaria elabora proposte e formula pareri in materia di formazione continua relativamente a:
   a) programmazione regionale, di area vasta e aziendale della formazione continua;
   b) indirizzo e coordinamento del sistema formativo del servizio sanitario regionale;
   c) disciplina della modalità e degli strumenti per regolamentare gli apporti economici esterni alla formazione del servizio sanitario regionale;
   d) criteri e procedure per l'accreditamento degli eventi formativi, residenziali e sul campo;
   e) criteri e procedure per l'accreditamento delle agenzie formative pubbliche e private;
   f) criteri e indirizzi per lo sviluppo della qualità delle metodologie formative ivi compresa la formazione a distanza e per la promozione della formazione *multi professionale* ***(472);***
   g) determinazione dei criteri per la scelta delle sedi didattiche.

6. *La Giunta regionale promuove l'accreditamento delle agenzie formative e l'implementazione di un'anagrafe formativa regionale alimentata dalle stesse. La Giunta regionale, al fine di allineare l'anagrafe formativa regionale con l'anagrafe nazionale, promuove convenzioni, anche a titolo sperimentale, con ordini e collegi e loro consorzi o comunque con i soggetti a cui compete la gestione dell'anagrafe nazionale.* ***(473)***

6 bis. *L'Osservatorio sulla qualità della formazione sanitaria, già istituito presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, svolge le seguenti funzioni:*
   a) effettua gli audit nell'ambito del sistema di accreditamento delle agenzie formative;
   b) valuta la qualità della formazione erogata dalle agenzie accreditate. ***(474)***

6 ter. *La composizione dell'Osservatorio è definita con apposita deliberazione di Giunta regionale, garantendo una adeguata rappresentanza delle professioni interessate e dei responsabili degli uffici per la formazione delle aziende sanitarie.* ***(474)***

6 quater. *Ai componenti dell'Osservatorio* ***(671)*** *compete, per le visite di audit, il rimborso delle spese.* ***(642)***

6 quinquies. *Per i componenti che sono dipendenti del servizio sanitario regionale il rimborso delle spese sostenute è posto a carico degli enti di provenienza.* ***(643)***

6 sexies. *Per i componenti che non sono dipendenti del servizio sanitario regionale, il rimborso delle spese sostenute è posto a carico della Giunta regionale ed è corrisposto nella misura prevista per i dirigenti regionali.* ***(644)***

6 septies. *Ai soggetti di cui al comma 6 sexies che non sono dipendenti regionali è riconosciuto il rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa statale vigente. Ai soggetti di cui al comma 6 sexies inquadrati nel ruolo unico regionale si applicano le direttive emanate dalla Giunta regionale in applicazione dell'articolo 6, comma 12, del d.l. 78/2010.* ***(645)***

7. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto disposto dai contratti collettivi di lavoro, determina le modalità di partecipazione degli ordini e collegi professionali ai processi di rilevazione del fabbisogno formativo dei singoli professionisti , *anche attraverso l'Osservatorio per le professioni sanitarie* ***(646)*** ai fini della elaborazione dei piani formativi aziendali e di area vasta, per realizzare la sintesi tra la formazione continua necessaria per il buon funzionamento delle strutture e dei servizi e la valorizzazione delle singole professionalità.

Art. 52
Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base

1. La Regione, di intesa con le università toscane, garantisce l'apporto della rete formativa regionale alla formazione di base, di cui all' articolo 2, comma 1, lettera a), della legge regionale 26 ottobre 1998, n. 74 (Norme per la formazione degli operatori del servizio sanitario), degli operatori del servizio sanitario regionale avvalendosi della commissione regionale per la formazione sanitaria, con funzioni di:
   a) definizione dei criteri generali per l'individuazione del personale del servizio sanitario cui attribuire funzioni di *coordinamento, tutor e di docente* ***(475)*** ;
   b) elaborazione dei criteri per la scelta delle sedi didattiche;
   c) definizione dei fabbisogni formativi;
   d) attuazione dei compiti di cui all'articolo 16 del decreto delegato per quanto attiene alla formazione specialistica.

Art. 53
Formazione specialistica ***(139)***

Abrogato.

Art. 54
La ricerca e l'innovazione

1. Per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Giunta regionale promuove anche attraverso la costituzione di apposite strutture organizzative, il coordinamento e favorisce la complementarietà delle azioni intraprese dai soggetti del servizio sanitario regionale, da quelli di cui agli articoli 13 e 14, dai centri regionali di ricerca e innovazione, dal volontariato e dai privati, nonché il trasferimento dei risultati di eccellenza raggiunti; il *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(140)*** può prevedere a tali fini l'utilizzo dei finanziamenti del fondo sanitario regionale. *La Regione promuove la ricerca scientifica che prende in considerazione le differenze fra donna e uomo in relazione alla protezione della loro salute, in particolar modo per quanto riguarda l'accessibilità e l'attività diagnostica e terapeutica, sia nell'ambito degli studi clinici che in quello assistenziale.* ***(223)***

2. Per sostenere la crescita qualitativa dei livelli di assistenza e di favorire processi di appropriatezza, sicurezza ed economicità nell'erogazione *dell' assistenza sanitaria e farmaceutica in particolare* ***(476)*** , la Giunta regionale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, promuove e favorisce programmi organici di ricerca, orientandone lo sviluppo verso:
   a) il superamento delle criticità emerse all'interno del servizio sanitario regionale;
   b) l'innovazione farmacologica, tecnologica ed organizzativa; ***(477)***
   c) la cura delle patologie rare;
   c bis) l'innovazione organizzativa e gestionale per migliorare il rapporto tra esiti e costo delle cure. ***(478)***

Titolo V
ORGANIZZAZIONE

Capo I
Principi organizzativi

Art. 55
Principi e finalità dell'organizzazione

1. Le aziende sanitarie, nel rispetto delle norme contenute nella presente legge, provvedono in merito alla specifica determinazione dell'organizzazione mediante lo statuto aziendale.

2. In applicazione dei principi di cui al decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della amministrazioni pubbliche), come modificato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145 , le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni, sono articolate in strutture organizzative, secondo criteri di omogeneità e di funzionalità; ad ogni struttura organizzativa è preposto un responsabile.

3. L'organizzazione specifica delle aziende sanitarie, al fine di assicurare la realizzazione del percorso assistenziale, deve essere attuata in coerenza ai seguenti criteri:
   a) analisi dei bisogni socio – sanitari;
   b) flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
   c) responsabilità di budget;
   d) integrazione ed interazione tra diverse professionalità;
   e) condivisione delle risorse;
   f) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
   g) previsione di strumenti organizzativi interaziendali;
   h) sviluppo della funzione di pianificazione strategica e di controllo direzionale;
   i) raggiungimento di obiettivi di qualità, *di appropriatezza, **(479)*** di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;
   j) valutazione dei risultati raggiunti;
   *j bis) rispetto delle norme legislative e dei contratti vigenti. **(480)***

4. Il funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie per le attività disciplinate dai protocolli d'intesa tra la Regione ed università, è attuato in coerenza con il principio di inscindibilità delle attività assistenziali della didattica e della ricerca, ai sensi dell' articolo 13 .

Art. 55 bis
*Criteri per l'assegnazione del personale nelle strutture organizzative **(229)***

1. In sede di assegnazione del personale, la direzione aziendale adotta le misure necessarie ad evitare che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al terzo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica nell'ambito della medesima struttura organizzativa, come definita ai sensi degli articoli 60 e seguenti.

2. Il personale che, a seguito dell'assegnazione, venga a trovarsi in una delle condizioni di cui al comma 1, è assegnato ad altra struttura organizzativa già esistente presso la stessa azienda sanitaria, in posizione compatibile con i requisiti professionali posseduti.

3. Per le finalità di cui al comma 1, possono essere attivate anche procedure di mobilità interaziendale esclusivamente su base volontaria e nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti.

Art. 56
*Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo **(141)***

1. Le aziende per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 55, organizzano le proprie attività secondo le seguenti funzioni:
   a) pianificazione strategica;
   b) controllo direzionale;
   *c) programmazione operativa. **(142)***

*1 bis. Le aziende unità sanitarie locali concorrono alla programmazione delle attività territoriali attraverso la partecipazione alle società della salute, ove costituite. Tale programmazione è coordinata con le funzioni di cui al comma 1. **(143)***

*2. Abrogato. **(144)***

3. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, *in coerenza con quanto previsto dal piano di area vasta e dal PSSIR **(481)*** avvalendosi dei responsabili delle strutture organizzative competenti, anche attivando appositi gruppi di lavoro, attraverso l'analisi dei bisogni, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda sanitaria; sono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, gli atti di bilancio, lo statuto aziendale.

4. La funzione di controllo direzionale è svolta a livello di direzione aziendale dal direttore generale, che si avvale delle strutture organizzative di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di

controllo del raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali, *anche prevedendo sistematici processi di confronto con le altre aziende sanitarie* ***(481)*** .

5. *Abrogato.* ***(144)***

6. La funzione di negoziazione e controllo dei budget delle strutture organizzative nelle aziende ospedaliero-universitarie è svolta dalla direzione aziendale.

7. La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività ed è svolta al livello in cui vengono erogate le prestazioni da parte delle strutture organizzative funzionali.

Art. 57
Direzione aziendale

1. La direzione aziendale è costituita dal direttore generale nonché dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ed ha sede presso il centro direzionale dell'azienda sanitaria.

2. *Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte della direzione aziendale anche i responsabili di zona, il direttore dei servizi sociali e il responsabile della rete ospedaliera.* ***(145)***

3. Le aziende sanitarie assicurano l'apporto alla direzione aziendale dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito ufficio di direzione. ***(482)***

4. *Abrogato.* ***(483)***

5. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'azienda sanitaria con modalità disciplinate dallo statuto aziendale; la disciplina prevede la periodicità, almeno mensile, della convocazione dell'organismo da parte del direttore generale, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione dell'ufficio di direzione all'azione di governo e quelle di comunicazione dei provvedimenti di competenza dei membri della direzione aziendale.

6. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all' articolo 33, comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all' articolo 46, comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

Art. 58
Funzioni operative

1. Le funzioni operative delle aziende sanitarie sono quelle indicate dal repertorio allegato al *piano sanitario e sociale integrato regionale.* ***(146)***

2. Le funzioni operative sono attribuite alla competenza delle strutture organizzative professionali per quanto riguarda gli specifici processi professionali e per le relative attività di supporto e sono esercitate all'interno di strutture organizzative funzionali; a questo fine il personale delle strutture organizzativi professionali dipende, sotto il profilo tecnico professionale, dal responsabile della unità operativa di appartenenza, sotto il profilo organizzativo dal responsabile della struttura organizzativa funzionale in cui è collocato.

Art. 59
Direzione di strutture organizzative sanitarie ***(8)***

1. Gli incarichi di direzione delle strutture organizzative di cui al presente titolo sono conferiti ai dirigenti sanitari, di cui all'articolo 15-quater, commi 1, 2 e 3, del decreto delegato, in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico.

2. Gli incarichi di direzione di struttura, nonché dei programmi di cui all' articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999 sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgano un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico.

Art. 59 bis
Conferimento dell'incarico di direzione di struttura complessa per la dirigenza del ruolo sanitario. ***(147)***

1. L'incarico di direzione di struttura complessa è conferito ai dirigenti del ruolo sanitario in possesso dei requisiti di cui al d.p.r. 484/1997 dal direttore generale dell'azienda sanitaria o di altro ente del servizio sanitario regionale, previo avviso da pubblicare sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana, sulla Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana e sul sito internet dell'azienda o ente.

2. Nell'avviso di cui al comma 1, sono esplicitate le specificità proprie del posto da ricoprire, evidenziando la tipologia di attività svolta nella struttura e le conseguenti caratteristiche richieste al direttore della struttura medesima.

3. La commissione di cui all'articolo 15, comma 7 bis, lettera a), del decreto delegato seleziona i candidati sulla base della valutazione del curriculum professionale e degli esiti di un colloquio, facendo riferimento ai criteri di valutazione previsti dall'articolo 8 del d.p.r. 484/1997.

4. Il punteggio massimo attribuibile dalla commissione al curriculum professionale e al colloquio è indicato nell'avviso di cui al comma 1.

5. Il direttore generale individua il candidato cui conferire l'incarico nell'ambito di una terna di candidati idonei predisposta dalla commissione sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Qualora il direttore generale intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta.

6. Per tutto quanto non disciplinato dal presente articolo, si applica la normativa statale vigente.

Capo II
Articolazione organizzativa professionale

Art. 60
Strutture organizzative professionali e loro compiti

1. Le strutture organizzative professionali di cui all' articolo 2, comma 1, lettera u) svolgono, nell'ambito delle direttive del responsabile della struttura organizzativa funzionale di appartenenza, i seguenti compiti:
   a) concorrono, sotto il profilo tecnico professionale, alla formazione degli atti di programmazione;
   b) partecipano alle procedure informative, a quelle contabili, di controllo di gestione e di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, istituite dall'azienda sanitaria;
   c) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di formazione permanente, di miglioramento continuo della qualità, di educazione sanitaria, di informazione e di relazione con gli assistiti;
   d) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di incentivazione degli operatori e di sviluppo del livello delle dotazioni tecnologiche e strumentali;
   e) definiscono, nell'ambito di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento;
   f) concorrono ai processi gestionali e di integrazione professionale di competenza delle strutture organizzative funzionali.

Art. 61
Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali

1. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento livelli ottimali di attività individuati dalle aziende sanitarie nel rispetto delle indicazioni di cui al comma 2.

2. Le strutture organizzative professionali sono costituite avendo a riferimento le funzioni operative di cui all' articolo 58 ed in previsione dei seguenti risultati annualmente verificati:
   a) miglioramento degli standard qualitativi delle attività svolte;
   b) tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte;
   c) costante aggiornamento professionale e corrispondente miglioramento della capacità operativa.

3. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(148)*** individua le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita l'attivazione delle strutture organizzative professionali in relazione al raggiungimento dei risultati di cui al comma 2.

4. Per quanto riguarda i servizi ospedalieri in rete la costituzione delle strutture organizzative professionali deve tener conto dei seguenti criteri:
   a) volumi di attività corrispondenti al mantenimento di livelli qualitativamente validi ed economicamente adeguati, anche in relazione alle norme vigenti in materia di accreditamento;
   b) obiettivi di funzionamento in rete dei servizi di assistenza ospedaliera definiti a livello di pianificazione regionale, di concertazione di area vasta e di pianificazione aziendale.

5. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(148)*** *individua nel repertorio di cui all'articolo 58* ***(484)*** le funzioni operative e le corrispondenti strutture organizzative professionali la cui costituzione presso le aziende sanitarie è vincolata alla predisposizione di appositi programmi regionali attinenti l'organizzazione ottimale dei servizi a livello di sistema.

6. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(148)*** individua altresì i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie in relazione a particolari condizioni territoriali, epidemiologiche e demografiche, nonché specifici vincoli e criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali alle quali sono attribuite le funzioni operative.

7. Il *piano sanitario e sociale integrato regionale* ***(148)*** individua i criteri per la costituzione delle

strutture organizzative dirigenziali delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e dell'assistenza sociale ai sensi dell' articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) come modificata dal decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito in legge 26 maggio 2004, n. 138.

8. Per le aziende ospedaliero-universitarie, nell'ambito dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali stipulati tra la Regione e le università, sono determinati:
   a) i criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero delle unità operative ed in particolare per l'applicazione delle soglie operative di cui alla lettera b);
   b) le soglie operative, rappresentate dal numero minimo dei casi necessario a garantire l'adeguata qualificazione delle strutture organizzative professionali;
   c) i criteri di applicazione delle funzioni operative previste dal repertorio di cui all' articolo 58 , comma 1, alle aziende ospedaliero-universitarie.

9. Le aziende ospedaliero-universitarie possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della Giunta regionale, strutture organizzative professionali per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all' articolo 58, comma 1; tali strutture sono attribuite alle dirette dipendenze di un dipartimento; a seguito di verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati economici conseguiti nell'arco di un triennio, possono essere mantenute in via definitiva dalle aziende medesime, anche previa trasformazione in unità operativa; la relativa funzione operativa è inserita nel repertorio con le procedure previste per l'*attuazione* ***(149)*** del *piano sanitario e sociale integrato regionale.* ***(148)***

Art. 62
Responsabilità delle strutture organizzative professionali ***(485)***

1. *La responsabilità dell'unità operativa è attribuita dal direttore generale:*
   a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi della normativa vigente;
   b) ad un dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;
   c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);
   d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.
2. *Per le unità operative universitarie delle aziende ospedaliero-universitarie, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all'articolo 5 del d.lgs. 517/1999.*
3. *Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.*
4. *In conformità all'articolo 15, comma 7 quater, del decreto delegato:*
   a) l'incarico di responsabile di sezione è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della struttura complessa di afferenza, ad un dirigente con anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico;
   b) l'incarico di responsabile di unità operativa semplice dipartimentale è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle strutture complesse di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento ad un dirigente con una anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico.

Capo III
Articolazione organizzativa funzionale

Art. 63
Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie

1. Al fine di coordinare ed integrare le funzioni operative, le attività delle aziende sanitarie sono organizzate e dirette attraverso strutture funzionali.
2. *Presso la direzione delle aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale sono organizzate nelle seguenti strutture funzionali:*
   a) Aree funzionali amministrative relative alle specifiche funzioni aziendali;
   b) Aree funzionali tecniche relative alle specifiche funzioni aziendali;
   c) Staff di direzione, articolato in staff di direzione aziendale e staff di direzione sanitaria. ***(486)***
3. Le strutture organizzative funzionali di produzione ed erogazione delle prestazioni assistenziali sono:

a) per le aziende unità sanitarie locali:

1) le unità funzionali per i servizi territoriali di zona-distretto e della prevenzione *costituite a livello di zona distretto* ***(487)*** ;

2) *i dipartimenti di cui agli articoli 67 e 69 bis;* ***(151)***

3) *abrogato;* ***(488)***

b) per le aziende ospedaliero-universitarie: i dipartimenti del presidio ospedaliero.

3 bis. *Per specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale la cui responsabilità è attribuita dal direttore generale ad un direttore delle unità operative facenti parte del percorso ove coinvolte più UUOO o ad un dirigente sanitario del più alto livello professionale nel caso di organizzazioni formate da soli professionisti, senza afferenze dirette delle unità operative.* ***(489)***

4. Per le strutture funzionali di cui al comma 2, lettere a) e b), e al comma 3, lettera a), *numero 1)* ***(490)*** , il direttore generale nomina tra i dirigenti dell'azienda sanitaria un responsabile che svolge le seguenti funzioni:
   a) è responsabile del budget *assegnato* ***(491)*** e della programmazione operativa dell'area;
   b) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente per lo svolgimento delle proprie funzioni.

5. *Per le strutture funzionali di cui al comma 3, lettera a), numero 2), la nomina del responsabile è effettuata dal direttore generale ai sensi degli articoli 67 e 69 bis e seguenti.* ***(486)***

6. *Abrogato.* ***(492)***

Art. 64
Zonadistretto ***(152)***

1. *La zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate.*

2. *Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria è realizzata attraverso le società della salute ai sensi degli articoli 71 bis e seguenti, ovvero mediante la stipulazione della convenzione socio-sanitaria di cui all'articolo 70 bis.*

3. *La zona distretto costituisce il livello di organizzazione delle funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, socio sanitarie e sociali integrate.*

4. *Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale dei sindaci, nel rispetto delle zone disagiate, delle zone montane, di confine e insulari, della loro identità territoriale, delle esperienze socio-sanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa. Non possono essere individuate zone-distretto i cui comuni afferiscono a due aziende unità sanitarie locali diverse.* ***(604)***

4 bis. La dimensione delle zone-distretto è finalizzata a sviluppare competenze per la valutazione dei bisogni, garantire un ottimale livello dei servizi nonché generare economie di scala e risparmi da reinvestire sui servizi socio-sanitari. ***(605)***

5. *La zona distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, delle risorse messe a disposizione dall'azienda e dai comuni, organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, compresi i servizi per la salute mentale e le dipendenze e della non autosufficienza.*

6. *La zona distretto, sulla base degli obiettivi e delle risorse messe a disposizione dall'azienda, nel rispetto degli atti di programmazione locale, governa sulla base dei protocolli di cura e delle indicazioni dei bisogni espressi anche dalla medicina generale, i percorsi inerenti le cure primarie, la specialistica territoriale, l'attività dei consultori e la continuità assistenziale ospedale- territorio.*

7. *In base ai protocolli di cui al comma 6 potranno essere definite modalità di integrazione, formazione e scambio all'interno dei percorsi ospedalieri e territoriali del personale, anche convenzionato.*

Art. 64.1
Direttore di zona ***(493)***

1. *A ciascuna zona-distretto è preposto un direttore di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale* ***(550)*** *tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64-bis ed iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis* ***(551)*** *, previa intesa con la conferenza zonale integrata, che agisce sulla base e nei limiti delle deleghe conferite, in particolare, in materia di*

assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

2. *Presso ciascuna zona-distretto il direttore di zona provvede ad attuare le funzioni definite dall'articolo 64 e a questo scopo:*
   - *a) garantisce rapporti permanenti di informazione e collaborazione tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali e realizza le attività definite dalla programmazione sanitaria e di integrazione socio-sanitaria, in diretta relazione con gli organismi di cui all'articolo 12 bis;*
   - *b) coordina le attività tecnico-amministrative a supporto della zona avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 58, comma 1;*
   - *c) gestisce il budget assegnato alla zona-distretto e negozia con i responsabili delle unità funzionali della zona-distretto e i coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali i budget di rispettiva competenza in coerenza con gli atti di programmazione aziendale e con gli altri atti di programmazione adottati in ambito aziendale e zonale;*
   - *d) si raccorda con il direttore del presidio ospedaliero di zona, di cui all'articolo 68, al fine di garantire, nell'ambito della programmazione aziendale, l'integrazione delle attività specialistiche nelle reti integrate sanitarie e socio-sanitarie territoriali e a supporto dei percorsi di continuità ospedale-territorio, con particolare riguardo alla presa in carico delle cronicità e delle fragilità;*
   - *e) svolge attività di monitoraggio, valutazione e controllo dei servizi territoriali;*
   - *f) garantisce e promuove la partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni di rappresentanza.*

Art. 64.2
Struttura a supporto del direttore di zona ***(494)***

1. *Nel territorio della zona-distretto il direttore di zona è coadiuvato da un comitato di coordinamento composto da:*
   - *a) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai coordinatori delle aggregazioni funzionali territoriali (AFT), dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nella zona-distretto;*
   - *b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;*
   - *c) un rappresentante delle associazioni di volontariato, designato dalla consulta del terzo settore;*
   - *d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed ostetrica, un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, un coordinatore per le attività dei tecnici della prevenzione, individuati dai direttori dei rispettivi dipartimenti, sentito il responsabile di zona, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;*
   - *e) i responsabili delle unità funzionali che operano nei settori di cui all'articolo 66, comma 4.*
2. *Il direttore di zona, per le funzioni gestionali, è coadiuvato da un ufficio di direzione zonale composto da:*
   - *a) i responsabili delle unità funzionali relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4;*
   - *b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore di zona su proposta del direttore dei rispettivi dipartimenti ;*
   - *c) i coordinatori delle AFT;*
   - *d) il coordinatore sociale di cui all'articolo 37 della l.r. 41/2005.*
3. *All'Ufficio di direzione è invitato il direttore del presidio ospedaliero di zona.*
4. *Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 2 il direttore di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociosanitario che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.*
5. *Il direttore di zona, per le funzioni relative alla programmazione unitaria per la salute e per quelle relative all'integrazione sociosanitaria, è coadiuvato da un apposito ufficio di piano costituito da personale messo a disposizione dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale. L'ufficio di piano supporta anche l'elaborazione del piano di inclusione zonale di cui all'articolo 29 della l.r. 41/2005.*
6. *Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di direttore di zona. Tali funzioni sono esercitate sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71 quindecies.*

Art. 64 bis
Rapporto di lavoro del responsabile di zona ***(153)***

1. L'incarico di responsabile di zona può essere conferito a un soggetto in servizio che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età ed in particolare: ***(495)*** *:*

*a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie; **(496)***

*b) soggetti in possesso di diploma di laurea con almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico sanitaria o tecnico amministrativa in ambito sanitario o socio-sanitario o socio-assistenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, operanti in organismi, aziende o enti pubblici o privati; **(496)***

c) soggetti in possesso dei requisiti richiesti per la nomina a direttore dei servizi sociali di cui all'articolo 40, comma 5;

*d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni, in possesso di titoli comprovanti idonea formazione manageriale. **(496)***

*d bis) uno specialista ambulatoriale interno con incarico da almeno dieci anni, in possesso di titoli comprovanti idonea formazione manageriale. **(552)***

*2. Il rapporto di lavoro del responsabile di zona, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile, **(497)** è disciplinato da contratto di diritto privato, redatto secondo uno schema-tipo approvato dalla Giunta regionale nel rispetto delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile.*

2 bis. *Non è consentita la nomina a direttore di zona per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la stessa zona; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni. **(498)***

*3. Il trattamento economico del direttore di zona è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL. **(499)***

4. Il servizio prestato in forza del contratto è utile ad ogni effetto ai fini dei trattamenti di quiescenza e di previdenza nel rispetto della normativa vigente in materia previdenziale nonché ai fini dell'anzianità.

5. La nomina a responsabile di zona dei dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale ovvero di una azienda sanitaria con sede nel territorio regionale determina il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto; l'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.

Art. 64 ter
*Comitato di partecipazione degli utenti **(379)***

Abrogato.

Art. 65
*Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali Società della salute **(154)***

Abrogato.

Art. 66
L'organizzazione della zonadistretto

1. L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto avviene attraverso le unità funzionali, che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno.

2. Lo statuto aziendale disciplina le procedure ed i criteri per la costituzione delle unità funzionali; le unità funzionali attivano il percorso assistenziale negli ambiti di propria competenza ed assicurano la continuità fra le diverse fasi del percorso e l'integrazione con le altre strutture organizzative coinvolte.

3. Il responsabile dell'unità funzionale svolge le seguenti funzioni:

*a) negozia il budget con il responsabile di zona; **(155)***

b) è responsabile della programmazione operativa della struttura organizzativa di propria competenza *e dei risultati conseguiti **(501)*** ;

c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

4. In ogni zona-distretto *il responsabile di zona assicura il coordinamento **(156)*** delle unità funzionali che operano nei seguenti settori di attività:

a) attività sanitarie di comunità;

b) salute mentale;

c) assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;

d) assistenza sociale.

4 bis. Nelle zone-distretto dove sono costituite le società della salute il coordinamento fra le unità funzionali dell'azienda unità sanitaria locale di cui al comma 4 e quelle istituite nelle società della salute è assicurato dal direttore della società della salute. ***(157)***

Art. 67
Dipartimento della prevenzione ***(305)***

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e prevenire i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, anche attraverso attività di sorveglianza epidemiologica, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità degli stili di vita.

2. *Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti unità funzionali:*

a) igiene pubblica e della nutrizione;

b) sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;

c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;

d) medicina dello sport;

e) ulteriori unità funzionali in particolari settori di alta specializzazione e che necessitano di un forte raccordo territoriale, individuate dalla Giunta regionale con proprio atto. ***(502)***

2 bis. *L'ambito di operatività delle unità funzionali, di cui al comma 2, lettere a), b) e c), è quello della zona distretto.* ***(503)***

2 ter. *Le unita funzionali, di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono a valenza aziendale.* ***(503)***

2 quater. *In ogni azienda sono costituite, sulla base degli indirizzi contenuti in specifica delibera di Giunta, le unità operative professionali.* ***(503)***

2 quinquies. *Le funzioni di direttore di unità operativa possono essere disgiunte da quelle di responsabile di unità funzionale.* ***(503)***

3. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

a) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;

b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;

c) concorre per quanto di competenza alla definizione dei programmi di educazione alla salute;

d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;

e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'azienda;

f) assicura l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;

g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana;

g bis) è responsabile del coordinamento e del monitoraggio a livello aziendale delle attività e dei soggetti coinvolti nella realizzazione delle progettualità riguardanti il piano regionale per la prevenzione. ***(504)***

4. Il responsabile di unità funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 5, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni; assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle ***(505)*** *normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale delle attività di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi.*

5. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili delle unità funzionali e dai responsabili delle unità operative ***(506)*** *; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, può individuare* ***(507)*** *ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento. Nelle aziende unità sanitarie locali ove è presente un centro regionale specialistico di laboratorio appartenente alla struttura unica regionale*

dei laboratori di sanità pubblica, il direttore del centro laboratoristico fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione.

6. La Giunta regionale, attraverso la competente direzione ***(505)*** *, assicura il coordinamento e l'indirizzo delle attività di prevenzione svolte dai dipartimenti di prevenzione, promuovendo la qualità, l'omogeneità e lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva, anche attraverso l'elaborazione di piani di rilevanza interaziendale e regionale, e favorendo la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività dei dipartimenti.*

7. È istituito presso la competente direzione ***(505)*** *della Giunta regionale un comitato tecnico, nominato dal direttore* ***(505)*** *della medesima direzione e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione* ***(505)*** *regionale. Al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione* ***(505)*** *regionale e il direttore della struttura regionale unica dei laboratori di sanità pubblica. Il comitato tecnico supporta la Giunta regionale per le attività di cui al comma 6.*

8. I dipartimenti della prevenzione possono svolgere in forma associata talune prestazioni, sentito il comitato tecnico di cui al comma 7. In particolare, ai dipartimenti viene ricondotta la funzione di sorveglianza epidemiologica. ***(502)***

9. Il piano sanitario e sociale integrato regionale promuove la sperimentazione di modelli organizzativi sovraziendali su obiettivi specifici.

10. Le attività di carattere analitico inerenti la prevenzione collettiva sono svolte dalla struttura organizzativa denominata "laboratorio unico regionale di sanità pubblica" che si articola per sede unica o sede di azienda ***(508)*** *.*

11. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica esercita tutte le funzioni amministrative e gestionali inerenti al coordinamento tecnico-operativo e di programmazione relative alle attività dei laboratori. ***(502)***

12. Il laboratorio unico regionale di sanità pubblica si raccorda funzionalmente con le strutture di laboratorio dell'ARPAT e dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, costituendo una rete integrata regionale dei laboratori per lo svolgimento di attività tendenzialmente esclusive tra i vari laboratori per l'intero territorio regionale.

13. La Giunta Regionale definisce le modalità operative della rete, anche attraverso specifici accordi con i soggetti che ne fanno parte.

Art. 68
Presidio ospedaliero di zona

1. *Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell'azienda unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra-ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona, secondo accordi specifici con il direttore del presidio ospedaliero di zona e attraverso reti cliniche integrate e strutturate.* ***(509)***

2. *Sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale, le aziende unità sanitarie locali procedono, anche attraverso l'adeguamento dello statuto aziendale, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi:* ***(164)***
   a) *organizzazione delle attività ospedaliere volta a favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multi professionale superando l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, ove ancora esistente, e favorendo la condivisione delle risorse;* ***(165)***
   b) *strutturazione delle attività ospedaliere in aree organizzative di presidio, quali articolazioni del presidio ospedaliero al cui interno gli spazi, le tecnologie e i posti letto sono organizzati secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero e messi a disposizione dei dipartimenti e delle unità operative al fine di un utilizzo condiviso, negoziato e integrato. Tali articolazioni possono prevedere un referente nominato dal direttore del presidio tra i direttori delle unità operative afferenti a tale area, sentiti i direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 69 bis ai quali tali unità operative appartengono;* ***(510)***
   c) *abrogata ;* ***(511)***
   d) *predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica ed assistenziale del medico tutor e dell'infermiere tutor e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;* ***(510)***

e) previsione di un direttore e di apposita struttura di direzione del presidio ospedaliero di zona e delle connesse funzioni direzionali e di coordinamento operativo, denominata budget;

f) previsione a livello aziendale di un comitato direttivo dei presìdi ospedalieri, a supporto della direzione sanitaria e delle connesse funzioni di pianificazione strategica e di controllo direzionale *coordinato dal direttore di rete ospedaliera, di cui all'articolo 68 bis.* ***(512)***

3. Per ciascun presidio ospedaliero di zona, il direttore generale nomina, su proposta del direttore sanitario un dirigente medico in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).

4. Il direttore del presidio ospedaliero di zona, opera per il raggiungimento degli obiettivi aziendali di funzionamento della rete ospedaliera e svolge le funzioni di:

a) direttore sanitario del presidio ospedaliero, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, anche avvalendosi di apposite professionalità esistenti nel settore dell'igiene e dell'organizzazione ospedaliera;

b) *direzione delle strutture organizzative non attribuite ad alcun dipartimento;* ***(510)***

c) *controllo e valutazione dell'attività svolta nel presidio in termini di tipologia, di quantità, di qualità, di appropriatezza, in relazione ai bisogni del territorio, ed in riferimento all'accessibilità e alla responsabilità di assicurare il percorso assistenziale;* ***(510)***

d) controllo dell'ottimizzazione nell'impiego delle risorse nell'ambito della gestione dell'apposito budget di presidio ospedaliero;

e) *organizzazione e gestione delle aree organizzative di presidio di cui al comma 2, lettera b);* ***(510)***

5. *Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei direttori delle unità operative dei dipartimenti afferenti al presidio e dei direttori delle unità operative non attribuite ad alcun dipartimento nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico-sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali.* ***(509)***

6. *La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 deve prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso la razionalizzazione delle responsabilità e delle strutture direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale.* ***(509)***

Art. 68 bis
Il direttore di rete ospedaliera ***(513)***

1. *Il direttore di rete ospedaliera è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, fra i responsabili dei presidi ospedalieri.*

2. *Il direttore di rete ospedaliera svolge le seguenti funzioni:*

a) presidia, per conto della direzione sanitaria, il funzionamento degli ospedali attraverso le corrispondenti direzioni mediche, garantendo, da parte delle medesime, unitarietà di gestione e omogeneità di approccio, con particolare riguardo ai rapporti con le articolazioni territoriali;

b) garantisce la sistematicità delle relazioni con la direzione sanitaria aziendale;

c) supporta la direzione sanitaria aziendale nella pianificazione di lungo termine e la programmazione di breve-medio termine della rete ospedaliera, anche attraverso la proposizione di obiettivi da assegnare alle direzioni mediche con le quali collabora nel perseguimento degli stessi e ne controlla la relativa attuazione;

d) assicura la coerenza organizzativa e gestionale degli ospedali;

e) promuove la cultura dell'integrazione organizzativa e della pratica interdisciplinare, ne supporta lo sviluppo e ne presidia la traduzione operativa.

Art. 69
Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie

1. Ogni azienda ospedaliero-universitaria definisce con lo statuto aziendale l'organizzazione dipartimentale di cui all' articolo 3 del d.lgs. 517/1999 .

2. Per ciascuna struttura semplice o complessa il direttore generale nomina un responsabile, e per ciascun dipartimento nomina un direttore; alle nomine dei responsabili di struttura e dei direttori di dipartimento il direttore generale procede secondo le disposizioni del decreto delegato e dell' articolo 5 del d.lgs. 517/1999 .

2 bis. *Per l'organizzazione delle professioni sanitarie il direttore generale procede secondo le disposizioni dell'articolo 69 bis prevedendo almeno il dipartimento delle professioni sanitarie.* ***(514)***

3. I direttori dei dipartimenti partecipano nelle forme e con le modalità stabilite dallo statuto dell'azienda ospedaliero-universitaria ai processi decisionali della direzione aziendale ed hanno competenza in merito a:
   a) la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;
   b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;
   c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.
4. Le strutture organizzative professionali non attribuite ai dipartimenti sono poste in diretto riferimento al direttore sanitario.

Art. 69 bis
Dipartimenti delle aziende unità sanitarie locali ***(515)***

1. *I dipartimenti sono lo strumento organizzativo ordinario di gestione delle aziende unità sanitarie locali.*
2. *I dipartimenti di cui al comma 1 si distinguono nei seguenti:*
   a) dipartimenti di tipo ospedaliero;
   b) dipartimenti territoriali;
   c) dipartimento della medicina generale;
   d) dipartimenti delle professioni articolati in:
      1) *dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;*
      2) *dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.*
      3) *dipartimento del servizio sociale.*
3. *Ogni azienda unità sanitaria locale definisce con lo statuto l'organizzazione dipartimentale, sulla base di specifici indirizzi adottati con deliberazione di Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, i quali tengono conto:*
   a) della necessità di garantire la gestione integrata e diretta delle risorse professionali e dei beni di consumo sanitari;
   b) della necessità di garantire l'utilizzo condiviso e negoziato all'interno delle aree organizzative di presidio di cui all'articolo 68, comma 2, lettera b).
4. *Nell'ambito di ogni dipartimento, al fine di garantire la multi professionalità, è costituito, ai sensi dell'articolo 17 bis del decreto delegato, il comitato di dipartimento presieduto dal direttore di dipartimento e composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento stesso. Ogni azienda unità sanitaria locale può prevedere ulteriori componenti del comitato in ragione del proprio modello organizzativo e disciplina le modalità di funzionamento attraverso un apposito regolamento.*
5. *Per quanto attiene il dipartimento di cui al comma 2, lettera c), i membri del comitato di dipartimento sono eletti fra i coordinatori delle AFT che al loro interno individuano una terna da proporre al direttore generale per la nomina del direttore di dipartimento.*
6. *Il comitato di dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica, esprime i pareri previsti dallo statuto aziendale e supporta il direttore di dipartimento nel processo di negoziazione degli obiettivi di budget. I componenti del comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori.*

Art. 69 ter
Dipartimenti ospedalieri ***(516)***

1. *Il dipartimento ospedaliero è il modello ordinario di governo operativo delle attività ospedaliere.*
2. *Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico-professionale in materia clinico-organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti e il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali ospedalieri e le sinergie necessarie per l'integrazione con i percorsi territoriali.*
3. *Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.*
4. *La programmazione delle attività dipartimentali, negoziate con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate*

con la partecipazione attiva degli altri dirigenti assegnati al dipartimento.

Art. 69 quater
Dipartimenti territoriali ***(517)***

1. *Il dipartimento territoriale è il modello ordinario per il governo clinico delle attività territoriali delle aziende unità sanitarie locali.*

2. *Il dipartimento di cui al comma 1 ha carattere tecnico professionale e multidisciplinare e coordina l'integrazione dei principali percorsi assistenziali, presidiando l'aggiornamento professionale degli operatori, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'innovazione organizzativa nel rispetto dell'equità di accesso ai servizi nelle varie articolazioni zonali.*

3. *Al dipartimento di cui al comma 1 è preposto un direttore nominato dal direttore generale tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento.*

4. *Presso ogni azienda unità sanitaria locale, è istituito, nel rispetto delle competenze demandate alla contrattazione collettiva dalla normativa vigente, il dipartimento della medicina generale, composto dai coordinatori delle AFT.*

5. *Il dipartimento della medicina generale partecipa alla programmazione aziendale e alla definizione dei percorsi inerenti le cure sanitarie territoriali e la continuità assistenziale ospedale-territorio dell'azienda unità sanitaria locale.*

6. *Il dipartimento della medicina generale, sulla base degli obiettivi attribuiti dalla direzione generale per le attività di propria competenza, negozia con la stessa direzione le risorse necessarie nell'ambito dei suddetti percorsi.*

7. *Il responsabile di zona si raccorda con i coordinatori di AFT per la declinazione territoriale degli obiettivi di cui al comma 6.*

Art. 69 quinquies
Dipartimenti delle professioni ***(518)***

1. *Presso ogni azienda unità sanitaria locale sono costituiti:*
   a) il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche;
   b) il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione.
   c) il dipartimento del servizio sociale.

2. *I dipartimenti di cui al comma 1, hanno funzioni di tipo programmatorio e funzioni di tipo gestionale allocativo e operativo. Essi, all'interno delle aree organizzative di presidio e delle unità funzionali dei distretti e della prevenzione, organizzano e gestiscono le attività e le risorse assistenziali e umane nel rispetto delle linee guida generali e della programmazione della direzione aziendale.*

3. *Per le finalità, di cui al comma 2, il dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche, il dipartimento delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione promuovono:*
   a) le integrazioni e le sinergie necessarie allo sviluppo delle risorse professionali ed il loro impiego più efficiente ed appropriato;
   b) la responsabilità ed autonomia professionale nei percorsi assistenziali e nel processo di presa in carico del paziente;
   c) la valorizzazione delle competenze di base e specialistiche, anche attraverso la formazione permanente e la ricerca, e dei componenti le equipe assistenziali;
   d) le relazioni con gli altri dipartimenti aziendali nel rispetto dei diversi mandati.

4. *Per le finalità di cui al comma 2, il dipartimento del servizio sociale:*
   a) svolge funzioni di coordinamento tecnico-scientifico;
   b) assicura la diffusione delle conoscenze e l'applicazione di standard qualitativi nella pratica professionale;
   c) promuove, collabora e sostiene le attività di formazione e aggiornamento.

5. *Il direttore del dipartimento delle professioni infermieristiche e ostetriche e del dipartimento delle professioni tecnico-sanitarie e della riabilitazione e della prevenzione è nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, tra i dirigenti con incarico di direzione delle unità operative complesse aggregate nel dipartimento; il direttore del dipartimento rimane titolare della unità operativa complessa cui è preposto.*

6. *Il dipartimento del servizio sociale è diretto dal direttore dei servizi sociali.*

Art. 70
Dipartimenti aziendali ed interaziendali ***(519)***

Abrogato.

Art. 70 bis
Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria ***(381)***

1. *Negli ambiti territoriali in cui non sono costituite le società della salute l'esercizio dell'integrazione sociosanitaria è attuata attraverso apposita convenzione.*

2. *La convenzione è stipulata da tutti i comuni, ovvero dalle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale di cui all'articolo 11, comma 1, della l.r. 41/2005, della zona distretto e dall'azienda unità sanitaria locale del territorio, previa comunicazione a tutti i consigli comunali della zona distretto.*

3. *La responsabilità della gestione è attribuita all'azienda unità sanitaria locale, fatto salvo quanto previsto dal comma 4.*

4. *La convenzione può prevedere che le risorse del fondo di cui agli articoli 2 e 3 della l.r. 66/2008 e le altre destinate a finanziare le attività sociali a rilevanza sanitaria siano attribuite al soggetto che gestisce in forma associata i servizi sociali.*

5. *La convenzione può disciplinare anche l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 11, comma 2, della l.r. 41/2005 da parte dei comuni ivi compresi quelli tenuti all'esercizio associato di tali funzioni.*

6. *Entro il 30 giugno 2015* ***(393)*** *le conferenze zonali dei sindaci trasmettono alla Giunta regionale le convenzioni di cui al comma 1.*

7. *I comuni approvano la convenzione con deliberazione della conferenza zonale integrata* ***(606)*** *. Se l'ambito territoriale della zona distretto coincide con quello dell'unione di comuni, l'approvazione della convenzione spetta alla giunta dell'unione. La convenzione è sottoscritta dal presidente della conferenza zonale, in rappresentanza dei comuni e delle unioni della conferenza medesima. La convenzione è sottoscritta dal presidente dell'unione in caso di coincidenza dell'ambito territoriale.*

8. *L'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione è la conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, integrata con il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato. La conferenza esercita le funzioni di cui all'articolo 20, comma 2, lettera c), della legge regionale 27 dicembre 2011, n. 68 (Norme sul sistema delle autonomie locali). Le deliberazioni della conferenza sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.*

9. *La convenzione definisce, in particolare, le modalità organizzative adottate in riferimento a:*
   a) *i processi di programmazione e di partecipazione;*
   b) *l'integrazione socio-sanitaria;*
   c) *il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati;*
   d) *la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati.*

10. *Il riferimento organizzativo ed operativo per le attività regolate dalla convenzione è rappresentato dalla zona-distretto. Il responsabile della zona-distretto provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione, nonché alle attività proprie dell'esercizio associato secondo le modalità individuate dalla convenzione.*

11. *L'esercizio associato opera con personale proveniente dall'azienda unità sanitaria locale e dagli enti locali.*

12. *Le funzioni e i servizi attinenti gli interventi in materia socio sanitaria sono finanziati dagli enti associati secondo i criteri stabiliti dalla convenzione nel rispetto dei vincoli definiti dagli atti di programmazione approvati nelle materie di competenza.*

13. *Se i comuni della zona distretto costituiscono una unione il cui ambito territoriale coincide con la zona distretto, l'organo comune per l'esercizio associato delle funzioni mediante la convenzione di cui al comma 3 è la giunta dell'unione, integrata dal rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale. Le deliberazioni sono adottate secondo le modalità definite dalla convenzione.*

14. *Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 20 della l.r. 68/2011. La Giunta regionale elabora, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della l.r. 44/2014, un apposito schema-tipo per la predisposizione della convenzione di cui al presente articolo.*

Art. 71
Dipartimento dell'emergenza urgenza

1. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento dell'emergenza urgenza.

2. Il dipartimento di cui al comma 1, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività ed i presìdi presenti sul territorio dell'azienda, anche sulla base di quanto disposto dagli atti di *programmazione sanitaria e sociale integrata regionale* ***(167)*** *al fine di garantire il soccorso territoriale, il pronto soccorso, l'osservazione, la medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza e il trasporto fra ospedali nelle patologie tempo dipendenti e traumi* ***(520)*** .

3. Al dipartimento emergenza urgenza è preposto un comitato direttivo, costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive, dai direttori delle unità operative di medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, da direttori di unità operativa per ciascuna delle funzioni operative che partecipano alle attività del dipartimento e dal responsabile della centrale operativa "118".

4. Il responsabile dei dipartimento emergenza urgenza è nominato, tra i membri del comitato direttivo, dal direttore generale su proposta del direttore sanitario.

5. Le attività del dipartimento emergenza urgenza sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale.

6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una azienda ospedaliera-universitaria, le aziende individuano le modalità di coordinamento delle attività di emergenza e urgenza per le funzioni di base *tenendo conto del bacino utenza, di patologia e traumi tempo dipendenti, viabilità e tempi di trasporto* ***(520).***

7. Il presidio ospedaliero della azienda ospedaliero-universitaria costituisce il riferimento di area vasta per le attività di emergenza urgenza ad essa attribuite, secondo modalità stabilite dagli strumenti di programmazione di area vasta.

8. Nelle aziende sanitarie è attivata apposita struttura organizzativa professionale, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, dedicata in forma stabile alle attività del pronto soccorso ***(521)*** *e osservazione ospedaliera, soccorso sanitario territoriale, trasporto sanitario, macroemergenza* ***(520)*** *.*

Capo III bis
Società della salute ***(168)***

Art. 71 bis
Società della salute: finalità e funzioni ***(169)***

1. Gli enti locali ***(607)*** *, compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto, e le aziende unità sanitarie locali, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ed il libero accesso alle cure, costituiscono, con le modalità di cui all'articolo 71 quater, comma 1, appositi organismi consortili denominati società della salute, al fine di:*

a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati;

b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;

c) rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione;

d) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto;

e) sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina generale e delle cure primarie.

2. La società della salute è ente di diritto pubblico, costituita in forma di consorzio e dotata di personalità giuridica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso la quale la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. La società della salute svolge la propria attività mediante assegnazione diretta delle risorse. ***(608)***

3. La società della salute esercita funzioni di:

a) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;

b) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a), inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;

c) organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;

e) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

*3 bis. La società della salute esercita direttamente, tramite le proprie articolazioni organizzative, le funzioni di cui al comma 3, lettere a), b) ed e). **(609)***

3 ter. Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua, fatta eccezione per le zone-distretto formate da un solo comune, con riferimento alle funzioni di cui al comma 3, lettere c) e d), i contenuti minimi ed i tempi e le modalità con cui la società della salute assicura la gestione diretta:

a) con riferimento ai livelli essenziali di assistenza per le attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e le altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;

*b) con riferimento al nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali per i livelli essenziali delle prestazioni sociali. **(609)***

4. Fatto salvo quanto previsto al comma 3, lettera c), la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall'azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività.

5. Fatto salvo quanto previsto al comma 3 ter, la società della salute gestisce unitariamente per i soggetti aderenti le attività di cui al comma 3, lettere c) e d), nei contenuti minimi, tempi e modalità previsti al medesimo comma 3 ter, in forma diretta oppure:

a) tramite convenzione con l'azienda unità sanitaria locale per le attività di cui al comma 3, lettera c);

*b) tramite convenzione con uno degli enti aderenti per le attività di cui al comma 3, lettera d). **(608)***

6. La società della salute per la realizzazione delle attività di cui al comma 3, lettera d), può avvalersi anche di altro soggetto istituito dagli enti aderenti prima del 1° gennaio 2008, per le medesime funzioni, che, sulla base di un contratto di servizio, assicura direttamente, tramite la propria organizzazione, l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

7. Alla società della salute si applicano le previsioni di cui all'articolo 12, comma 2, della legge regionale 3 agosto 2004, n. 43 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza "IPAB". Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB "Istituto degli Innocenti di Firenze").

8. Nell'esercizio delle sue funzioni la società della salute assicura:

a) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;

b) la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;

c) il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;

d) l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni.

Art. 71 ter
*Governo della domanda **(170)***

1. Il governo della domanda è tema costitutivo dell'impianto analitico, degli obiettivi e delle azioni del piano sanitario e sociale integrato regionale nelle zone-distretto ove è costituita la società della salute.

2. La società della salute esercita il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio, attraverso:

a) lo sviluppo, nell'ambito della medicina generale, di modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multi professionale e sull'approccio proattivo;

b) la stipula di accordi con i medici di medicina generale finalizzati ad incentivare obiettivi di qualità e continuità delle cure;

c) l'analisi dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento relativamente alle tipologie e ai volumi delle prestazioni specialistiche, diagnostiche ed ospedaliere in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali;

d) il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali.

Art. 71 quater
*Costituzione della società della salute **(171)***

1. La costituzione del consorzio denominato "società della salute" avviene:

*a) per quanto riguarda gli enti locali **(610)** , per adesione volontaria;*

b) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, tramite il direttore generale, nel rispetto delle direttive regionali.

2. Ai fini della costituzione della società della salute gli enti interessati approvano contestualmente, con

le modalità di cui ai commi 3 e 4:

a) la convenzione, da stipulare fra tutti gli aderenti, che disciplina i rapporti tra i soggetti aderenti al consorzio ed i reciproci impegni finanziari nel rispetto delle disposizioni della normativa regionale;

b) lo statuto, che contiene le norme sull'organizzazione e sul funzionamento della società della salute, nonché gli elementi individuati in forma prescrittiva dalla presente legge.

*3. I consigli degli enti locali **(611)** approvano la convenzione unitamente allo statuto del consorzio, ai sensi della normativa vigente in materia di enti locali.*

4. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale approva la convenzione unitamente allo statuto del consorzio.

5. Per la costituzione della società della salute devono aderire non meno del 75 per cento dei comuni di un ambito territoriale, oppure in rappresentanza almeno del 75 per cento della popolazione, oltre all'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente.

*5 bis. Fermo restando quanto previsto dal comma 5, gli enti locali di una determinata zona-distretto, che non aderiscono alla società della salute, assicurano in ogni caso la partecipazione, senza diritto di voto, all'assemblea dei soci per garantire che le attività socio sanitarie e le attività sociali siano eserciate in modo coerente con la programmazione zonale. E' fatto salvo quanto previsto all'articolo 71 sexies comma 6. **(612)***

Art. 71 quinquies
*Organi della società della salute **(172)***

1. Sono organi della società della salute:

a) l'assemblea dei soci;

b) la giunta esecutiva;

c) il presidente;

d) il direttore;

e) il collegio sindacale.

Art. 71 sexies
*Assemblea dei soci **(173)***

1. *L'assemblea dei soci è composta dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dal sindaco o da un componente della giunta di ciascun comune aderente oppure dal presidente di ciascun ente locale diverso dal comune **(613)** . **(231)***

2. Le quote di partecipazione dei singoli soci sono determinate:

a) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, nella percentuale pari ad un terzo del totale;

*b) per quanto riguarda gli enti locali **(614)** interessati, secondo le modalità stabilite negli atti istitutivi della società della salute.*

3. L'assemblea dei soci esercita le seguenti funzioni:

a) detta indirizzi programmatici e direttive nei confronti della giunta esecutiva;

b) elegge i componenti della giunta esecutiva;

*c) elegge il presidente della società della salute tra i componenti dell'assemblea. **(232)***

4. L'assemblea dei soci, in particolare, approva:

*a) a maggioranza i provvedimenti indicati negli atti istitutivi della società della salute; **(233)***

*b) a maggioranza qualificata superiore ai due terzi i seguenti atti: **(233)***

1)** proposta di piano integrato di salute e piano di inclusione zonale; **(382)

***2)** relazione annuale sullo stato di salute;*

3)** bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio; **(234)

***4)** regolamenti di accesso ai servizi;*

***5)** ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla società della salute.*

*5. L'approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del piano integrato di salute, avviene previo parere dei consigli degli enti locali **(615)** da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento. I bilanci e i regolamenti approvati sono trasmessi ai consigli degli enti locali **(615)** degli enti aderenti per conoscenza, nonché per l'adozione degli atti eventualmente previsti dagli statuti degli stessi enti locali **(615)** .*

*6. Per l'approvazione della proposta di piano integrato di salute **(382)** l'assemblea dei soci è integrata dai sindaci dei comuni o dai presidenti degli enti locali **(616)** che non hanno aderito alla società della salute.*

6 bis. All'assemblea dei soci della società della salute partecipano senza diritto di voto, secondo le modalità previste dallo statuto:

a) le aziende pubbliche di servizi alla persona di cui alla l.r. 43/2004, in quanto soggetti che fanno parte del sistema regionale integrato degli interventi e dei servizi sociali e partecipano alla programmazione zonale;

b) il presidente del comitato di partecipazione e il presidente della consulta del terzo settore di cui all'articolo 71 undecies ***(617)*** *.*

7. Abrogato. ***(618)***

Art. 71 septies
Giunta esecutiva ***(174)***

1. La giunta esecutiva è composta di tre componenti, salva diversa composizione stabilita dallo statuto; ne fanno parte il presidente ed il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato; i restanti componenti sono eletti dalla assemblea dei soci al proprio interno. ***(235)***

2. La giunta esecutiva, nell'ambito degli indirizzi programmatici e delle direttive dell'assemblea dei soci, adotta gli atti ed i provvedimenti necessari alla gestione amministrativa della società della salute che non siano riservati dalla legge o dallo statuto alla competenza degli altri organi consortili.

3. La giunta esecutiva in particolare:

a) adotta programmi esecutivi, progetti ed atti d'indirizzo per la gestione;

b) propone la nomina del direttore della società della salute;

c) adotta ogni altro provvedimento indicato nello statuto.

Art. 71 octies
Presidente della società della salute ***(175)***

1. Il presidente della società della salute ha la rappresentanza generale del consorzio ed esercita le seguenti funzioni:

a) nomina, su proposta della giunta esecutiva, il direttore della società della salute;

b) compie gli atti che gli sono demandati dallo statuto o da deliberazioni dell'assemblea dei soci;

c) promuove la consultazione sugli atti di indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli organismi costituiti nella società della salute per favorire la partecipazione ai sensi dell'articolo 71 undecies;

2. Il presidente assicura il collegamento tra l'assemblea dei soci e la giunta esecutiva, coordinando l'attività di indirizzo, programmazione e governo con quella di gestione e garantendo l'unità delle attività della società della salute.

2 bis. Il presidente della società della salute rappresenta il consorzio presso la conferenza regionale dei sindaci e presso la conferenza aziendale, in maniera conforme alle deliberazioni e agli atti dell'assemblea dei soci e secondo le modalità previste nello statuto della stessa società della salute. ***(619)***

Art. 71 novies
Direttore della società della salute ***(176)***

1. Il direttore della società della salute è nominato dal presidente della società della salute, su proposta della giunta esecutiva e previa intesa con il Presidente della Giunta regionale, ***(553)*** *fra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis. ed iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40 bis.* ***(383)*** ***(554)***

2. L'incarico di direttore della società della salute può essere conferito ai soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 64 bis, comma 1. ***(522)***

3. L'incarico di direttore della società della salute è esclusivo, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile, ***(524)*** *ed* ***(383)*** *è regolato da un contratto di diritto privato stipulato con il legale rappresentante della società della salute con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile, il cui schema-tipo viene approvato dalla Giunta regionale.*

3 bis. *Non è consentita la nomina a direttore della società della salute per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la medesima società della salute; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni.* ***(525)***

4. Il trattamento economico del direttore della società della salute è determinato nella misura del settanta per cento del trattamento economico del direttore generale delle aziende USL. ***(522)***

4 bis. La nomina a direttore della società della salute dei dipendenti della Regione, di un ente o azienda regionale o di azienda sanitaria con sede nel territorio regionale è subordinata al collocamento in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto. ***(236)***

5. *Il direttore della società della salute predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettere c) e d), esercita la direzione amministrativa e finanziaria della società della salute; in particolare:*

a) predispone la proposta di piano integrato di salute e il piano di inclusione zonale ***(384)*** *;*

b) predispone lo schema della relazione annuale della società della salute;

c) predispone il bilancio di previsione annuale e pluriennale, il programma di attività ed il bilancio di esercizio della società della salute;

d) predispone gli atti di programmazione operativa ed attuativa annuale e negozia con i responsabili delle strutture organizzative delle aziende unità sanitarie locali il budget di competenza;

e) predispone gli altri atti di competenza della giunta esecutiva e dell'assemblea dei soci;

f) assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni degli organi della società della salute;

g) dirige le strutture individuate dall'atto di cui all'articolo 71 quindecies, comma 1;

h) esercita le funzioni di responsabile di zona ai sensi dell'articolo 64.2, comma 8 ***(523)*** *;*

i) può rappresentare in giudizio la società della salute, per gli atti di propria competenza, secondo quanto previsto dallo statuto.

Art. 71 decies
Organi di controllo ***(620)*** ***(177)***

1. *Lo statuto della società della salute prevede la nomina di un collegio sindacale o di un revisore unico.* ***(621)***

2. *Il collegio sindacale è nominato dall'assemblea dei soci ed è composto da tre membri di cui uno designato dall'azienda sanitaria territorialmente competente. Esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della società della salute.*

3. *L'attività del collegio sindacale è disciplinata dalla legge e dallo statuto della società della salute.*

4. *Nell'esercizio delle funzioni, il collegio sindacale può accedere agli atti ed ai documenti del consorzio e degli enti consorziati, connessi alla sfera delle sue competenze, e presentare relazioni e documenti all'assemblea dei soci.*

5. *Il collegio sindacale può essere invitato ad assistere alle sedute dell'assemblea dei soci.*

6. *L' indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio sindacale è fissata in misura non superiore al 10 per cento* ***(294)*** *degli emolumenti spettanti al direttore della società della salute. Al presidente del collegio sindacale compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.* ***(263)***

6 bis. *Il revisore unico della società della salute è nominato dall'assemblea dei soci a maggioranza.* ***(622)***

6 ter. *L'indennità annua lorda spettante al revisore unico è fissata in misura non superiore al 30 per cento degli emolumenti spettanti al direttore della società della salute.* ***(622)***

Art. 71 undecies
Le forme di partecipazione ***(178)***

Abrogato.

Art. 71 duodecies
Compensi ai componenti degli organi ***(179)***

1. *Ai componenti degli organi della società della salute non spetta alcun compenso, salvo quanto stabilito per il direttore della società della salute ai sensi dell'articolo 71 novies e per i componenti del collegio sindacale ai sensi dell'articolo 71 decies, comma 6.*

Art. 71 terdecies
Contabilità della società della salute ***(180)***

1. *La società della salute adotta una contabilità economica; in particolare, adotta bilanci economici di previsione pluriennali e annuali ed il bilancio di esercizio, sulla base di uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale.*

2. *La società della salute adotta inoltre il sistema del budget come strumento di controllo della domanda, della qualità dei servizi e dell'allocazione delle risorse* ***(526)*** *.*

Art. 71 quaterdecies
Finanziamento della società della salute ***(181)***

1. *La società della salute è finanziata:*

a) dalla quota del fondo sanitario regionale, determinata dal piano sanitario e sociale integrato regionale, finalizzata a finanziare le attività individuate dal piano sanitario e sociale integrale regionale ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 3, lettera c);

b) dalla quota del fondo sociale regionale determinata ai sensi della lettera a);

c) da conferimenti degli enti consorziati previsti nella convenzione;

d) da risorse destinate all'organizzazione e gestione dei servizi di assistenza sociale individuati dagli enti locali ***(624)*** *consorziati ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 3, lettera d).*

2. I beni immobili e gli altri beni degli enti locali ***(624)*** *e delle aziende sanitarie che sono funzionali allo svolgimento delle attività delle società della salute sono concessi alle stesse in comodato d'uso gratuito per tutta la durata del consorzio.*

Art. 71 quindecies
Gli assetti organizzativi ***(182)***

1. La società della salute disciplina con proprio regolamento l'organizzazione interna e dei servizi sanitari e sociali integrati di cui assume la gestione diretta, ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 5.

2. Il regolamento di cui al comma 1 disciplina:

a) i criteri di costituzione delle strutture organizzative operative e di quelle di supporto tecnico-amministrativo;

b) la composizione dell'ufficio di direzione zonale di cui all'articolo 64.2, comma 2 ***(527)*** *;*

c) le modalità di integrazione fra le strutture delle aziende unità sanitaria locali e quelle della società della salute.

3. La costituzione delle strutture organizzative delle società della salute deve evitare duplicazioni tra la società della salute ed enti consorziati.

4. Nelle società della salute gli incarichi di direzione delle strutture di cui al comma 2, lettera a), sono attribuiti dal direttore della società della salute nel rispetto delle disposizioni contenute nel contratto collettivo nazionale di riferimento.

5. Nelle società della salute che svolgono esclusivamente le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettere a) e b), sono costituite le strutture operative necessarie alle funzioni amministrative, di supporto agli organi e per lo svolgimento dei compiti di programmazione.

6. Per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, nell'ottica del massimo risparmio ed economicità dell'azione amministrativa, al fine di evitare duplicazioni, le società della salute prioritariamente, ove reperibili, si avvalgono delle risorse umane e strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati, nei modi e con le procedure individuate dalla convenzione di cui all'articolo 71 quater, comma 2, lettera a). ***(528)***

Art. 71 sexies decies
Personale ***(183)***

1. Il personale della società della salute è assunto secondo la normativa vigente, previa verifica della disponibilità di personale presso gli enti consorziati ed espletamento delle procedure. In caso di assunzioni dirette, ovvero di trasferimenti, al personale dipendente delle società della salute si applica il trattamento giuridico ed economico previsto per i dipendenti del servizio sanitario nazionale ***(625)*** *.*

Art. 71 septies decies
Partecipazione delle province ***(184)***

Abrogato.

Art. 71 octies decies
Sistema informativo ***(185)***

1. Le società della salute aderiscono alla rete telematica regionale ed adottano soluzioni tecnologiche ed informative nel rispetto degli standard regionali assunti nell'ambito della medesima rete, secondo quanto previsto dalla legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della "Rete telematica regionale Toscana").

Art. 71 novies decies
Disposizioni concernenti le società della salute in attività ai sensi dell'articolo 71 bis ***(385)***

1. Le società della salute già costituite all'entrata in vigore della l.r. 44/2014 possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, a condizione che entro il 30 giugno 2015 ***(394)*** *sussistano entrambi i seguenti requisiti:*

a) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71

bis, comma 3, lettera c);

b) gestione unitaria, anche in forma indiretta, dell'intero complesso di funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, lettera d);

2. Possono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, anche le società della salute che si impegnano ad assicurare le gestioni unitarie di cui alle lettere a) e b) del comma 1 entro il 30 settembre 2015 ***(394)*** *.*

3. Entro il 30 giugno 2015 ***(394)*** *le società della salute che intendono continuare ad esercitare le funzioni di cui all'articolo 71 bis, comma 3, trasmettono alla Giunta regionale la documentazione attestante quanto previsto ai commi 1 e 2.*

4. Sono soggette alle procedure di scioglimento di cui all'articolo 71 vicies le società della salute che alla data del 30 settembre 2015 ***(394)*** *:*

a) hanno trasmesso documentazione inadeguata a comprovare il possesso dei requisiti di cui al comma 1, lettere a) e b);

b) non hanno trasmesso alcuna documentazione;

c) non hanno adempiuto l'impegno di cui al comma 2.

5. La Giunta regionale, sentita la conferenza regionale dei sindaci, verifica la sussistenza delle condizioni di cui al comma 4 e in caso di esito negativo della verifica invita le società della salute ad avviare le procedure di scioglimento nonché ad attivare la convenzione di cui all'articolo 70 bis in modo da garantire la continuità assistenziale.

6. Le assemblee dei soci delle società della salute che proseguono le attività svolgono le funzioni attribuite alla conferenza zonale dei sindaci di cui all'articolo 34 della l.r. 41/2005, ed in particolare:

a) approvano il piano di inclusione zonale;

b) formulano le proposte di articolazione zonale del PIS.

7. Il proseguimento delle attività delle società della salute in attuazione del comma 1 assolve alle funzioni previste dall'articolo 70 bis e alle funzioni previste dall'articolo 36 della l.r. 41/2005.

Art. 71 vicies
Disposizioni transitorie in merito allo scioglimento delle società della salute ***(386)***

1. Le società della salute, che non posseggono i requisiti di cui all'articolo 71 novies decies, sono sciolte con le modalità previste dal presente articolo.

2. Gli enti partecipanti alle società della salute provvedono al loro scioglimento con le procedure previste dallo statuto.

3. L'assemblea della società della salute può, in alternativa, provvedere direttamente allo scioglimento dell'ente mediante approvazione, entro il 30 settembre 2015 ***(395)*** *, di una deliberazione, assunta all'unanimità dei componenti, che effettua la ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, delle attività e delle passività, e regola la successione degli enti nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività della società della salute. La deliberazione individua la data, comunque non ulteriore al 31 dicembre 2015* ***(395)*** *, a decorrere dalla quale l'ente è estinto e si producono gli effetti di successione nei beni, nei rapporti, nelle attività e nelle passività dell'ente estinto, nonché il subentro nelle funzioni secondo le competenze che la legge attribuisce in via ordinaria ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale. La deliberazione di scioglimento è trasmessa ai soggetti pubblici e privati interessati alla successione. La deliberazione costituisce titolo per le trascrizioni immobiliari e per qualsiasi adempimento derivante dalla successione.*

4. Se alla data del 30 settembre 2015 ***(395)*** *la società della salute non è stata sciolta ai sensi dello statuto o l'assemblea non ha provveduto a deliberare lo scioglimento ai sensi del comma 3, la società della salute è sciolta di diritto; l'ente continua ad operare fino alla sua estinzione in gestione commissariale. Dal 30 settembre 2015* ***(395)*** *tutti gli organi della società della salute di cui all'articolo 71 quinquies decadono, e le funzioni sono assunte, in qualità di commissario straordinario, dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. Il commissario straordinario, con propri decreti dotati di immediata esecutività, provvede alla ricognizione dei beni e dei rapporti in corso, compreso il contenzioso, alla definizione della massa attiva e passiva, e all'attribuzione a ciascuno degli enti partecipanti delle funzioni e delle relative attività e passività, secondo i seguenti criteri:*

a) individuazione dell'azienda unità sanitaria locale quale soggetto che subentra nelle funzioni e succede nei rapporti attivi e passivi della società della salute afferenti alle funzioni di competenza dell'unità sanitaria locale medesima;

b) individuazione dei singoli comuni quali soggetti che subentrano nelle restanti funzioni e succedono nei restanti rapporti attivi e passivi della società della salute, ciascuno in proporzione tra di loro alle quote che risultano in capo ai comuni ai sensi dell'atto costitutivo o dello statuto.

5. Gli schemi dei decreti commissariali di cui al comma 4 sono previamente comunicati ai comuni, i quali, entro il termine assegnato, possono presentare osservazioni circa la ripartizione dei crediti e dei

debiti; gli atti sono adottati valutate le osservazioni. Alla data prevista dai singoli decreti di cui al comma 4, e in relazione a quanto in essi stabilito, i comuni e l'azienda unità sanitaria locale, per la quota di rispettiva competenza, acquisiscono le risorse derivanti dalla liquidazione delle attività, rispondono ad ogni effetto dell'adempimento delle obbligazioni derivanti dalla liquidazione delle passività e subentrano nella gestione dei procedimenti in corso, anche di carattere contenzioso, assumendo le conseguenti determinazioni amministrative di bilancio.

6. Il commissario di cui al comma 4 assicura, per quanto necessario, la prosecuzione delle attività dell'ente, fino alla data, stabilita nei decreti, dalla quale decorre il subentro e la successione delle funzioni e delle relative attività e passività. Il commissario provvede alla dichiarazione di estinzione dell'ente a decorrere da una data non successiva al 31 dicembre 2015 ***(395)*** *. I decreti di trasferimento delle funzioni, delle attività e delle passività sono comunicati dal commissario ai soggetti pubblici e privati interessati.*

7. Nei casi di cui ai commi 2, 3, e 4 il personale che risulta comandato alla società della salute, rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il comando. Il personale con contratto di lavoro a tempo determinato è assegnato, in relazione alle funzioni prevalenti esercitate, all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, tali enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto, alla partecipazione alla spesa del suddetto personale.

8. Nei casi di cui ai commi 2, 3 e 4 il personale che, alla data di entrata in vigore della l.r. 44/2014, risulta trasferito alla società della salute rientra nella disponibilità dell'ente che ha disposto il trasferimento. Il personale assunto direttamente dalla società della salute mediante concorso pubblico è trasferito all'ente individuato dagli atti di cui ai commi 2, 3 e 4. Salvo diverso accordo tra gli enti partecipanti alla società della salute, tali enti restano obbligati, secondo le quote previste dall'atto costitutivo o dallo statuto, alla partecipazione alla spesa di detto personale.

9. Al personale di cui al comma 8 è riconosciuta a tutti gli effetti la continuità del rapporto di lavoro e l'anzianità di servizio maturata presso la società della salute. Qualora l'importo complessivo del trattamento fisso e continuativo in godimento presso la società della salute sia superiore a quello derivante dall'inquadramento presso l'ente cui il personale è trasferito, la differenza viene attribuita a titolo di assegno ad personam riassorbibile.

10. Se lo scioglimento della società della salute è effettuato ai sensi dello statuto, i beni mobili e immobili della società della salute sono assegnati agli enti partecipanti secondo quanto previsto dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto. E' comunque ammessa, in caso di mancanza o di carenza di disposizioni dell'atto costitutivo e dello statuto, l'assegnazione dei beni mediante accordo tra gli enti medesimi, sottoscritto da tutti i sindaci dei comuni e dal direttore dell'azienda unità sanitaria locale.

11. Se si procede allo scioglimento della società della salute ai sensi del comma 3, la deliberazione dispone sull'assegnazione dei meni mobili e immobili. Se si procede allo scioglimento ai sensi del comma 4, i beni mobili e immobili conferiti a qualsiasi titolo dai comuni e dall'azienda unità sanitaria locale rientrano nella disponibilità dei soggetti medesimi. I beni mobili e immobili acquisiti direttamente dalla società della salute sono assegnati dal commissario agli enti partecipanti previo accordo tra gli enti medesimi. In caso di mandato accordo, il commissario provvede all'assegnazione in maniera indivisa, sulla base delle quote che risultano in capo ai comuni e all'azienda unità sanitaria locale ai sensi dell'atto costitutivo o, in mancanza, dello statuto.

12. Se, successivamente all'estinzione della società della salute, emergono rapporti attivi o passivi non considerati negli atti di successione e subentro, per i suddetti rapporti si applicano le regole della solidarietà attiva a passiva tra gli enti già partecipanti alla società della salute. I soggetti medesimi rispondono delle obbligazioni ciascuno per la quota di partecipazione prevista dall'atto costitutivo o, in mancanza, dallo statuto.

Titolo VI
PRESIDI E PRESTAZIONI

Capo I
Presìdi

Art. 72
Presìdi

1. Sono presìdi del servizio sanitario regionale quelli delle aziende sanitarie e quelli delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, con le quali le aziende sanitarie intrattengono gli specifici rapporti di cui all'articolo 8 quinquies del decreto delegato.
2. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi nonché i criteri e le procedure di accreditamento dei presìdi di cui al comma 1, sanitari e socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria, sono disciplinati dalla *legge regionale 5 agosto 2009, n. 51 (Norme in materia di qualità e sicurezza delle*

strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento) ***(529)*** .

3. *Per l'organizzazione dei presìdi, le aziende sanitarie utilizzano le sedi fisiche e le dotazioni strumentali ad esse attribuite ai sensi dell'articolo 5 del decreto delegato; utilizzano inoltre le altre strutture comunque acquisite al proprio patrimonio o comunque disponibili.* ***(186)***

Art. 73
Organizzazione e funzionamento dei presìdi delle aziende sanitarie ***(187)***

1. L'organizzazione interna ed il funzionamento di ciascun presidio sono determinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale dell'azienda sanitaria; in ogni presidio è affisso per estratto il regolamento di funzionamento al fine di facilitare la fruizione delle prestazioni da parte dell'utenza.

2. Il direttore generale dell'azienda sanitaria attribuisce la responsabilità dei singoli presìdi; il responsabile del presidio garantisce l'operatività, l'idoneità e l'agibilità funzionale di ciascun presidio.

3. Il responsabile del presidio ospedaliero dell'azienda unità sanitaria locale è il direttore di cui all' articolo 68 , comma 3; ove il presidio ospedaliero si articoli su più stabilimenti il responsabile di presidio può avvalersi, in relazione alla dimensione degli stessi ed alla loro dislocazione territoriale, di specifici referenti di stabilimento.

Capo II
Prestazioni

Art. 74
Prestazioni

1. Le prestazioni del servizio sanitario sono erogate, di norma, nei presìdi di cui all' articolo 72 ; possono essere inoltre erogate, in conformità alle norme vigenti o in esecuzione di specifici accordi con gli organismi interessati, in sedi diverse, quali scuole ed altre strutture educative pubbliche, istituti giudiziari di prevenzione, custodia, detenzione, pena, rieducazione e recupero, residenze collettive e comunitarie, recapiti domiciliari, veicoli attrezzati per i vari tipi di trasporto sanitario, luoghi di lavoro ed altri spazi di relazione tra operatori ed utenti.

2. L'azienda unità sanitaria locale assicura agli assistiti l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli di assistenza del *piano sanitario e sociale integrato regionale;* ***(188)*** *dentro un quadro di principi di massima trasparenza e circolarità di informazione* ***(530)*** per tali prestazioni l'azienda unità sanitaria locale si fa carico degli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, determinate dalla normativa nazionale e regionale.

3. Gli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione previste, fanno carico, per i cittadini residenti nelle altre aziende unità sanitarie locali della Regione, a queste ultime, e per gli altri utenti, agli appositi fondi di compensazione per la mobilità interregionale o internazionale, secondo le procedure e le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse pubblico, possono svolgere attività a pagamento nei riguardi di istituzioni pubbliche o private o di soggetti privati, sulla base delle disposizioni delle normative regionali e statali vigenti.

5. La Regione, nell'ambito degli obiettivi di controllo della spesa, anche al fine di far fronte agli eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie, ai sensi dell' articolo 29 della legge 28 febbraio 1986, n. 41 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) e dell'articolo 13 del decreto delegato, può prevedere:

a) la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione degli assistiti al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa;

b) l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita.

Art. 74 bis
Integrazione dei sistemi di prenotazione innovativi ***(531)***

1. *I sistemi di prenotazione devono essere uniformi a livello regionale al fine di fornire all'utente la disponibilità all'accesso alla prestazione necessaria sia su base temporale che territoriale in funzione della circolarità dell'informazione, trasparenza e immediatezza.*

2. *Le possibili posizioni libere per le prestazioni sono comunicate immediatamente e associate a sistemi di registrazione di ogni eventuale variazione alle liste formatesi.*

Art. 75
Accesso alle prestazioni

1. L'accesso alle prestazioni erogate nei presìdi del servizio sanitario regionale, è subordinato, di norma,

alla prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del servizio sanitario nazionale, fatte salve le prestazioni connesse alle attività di emergenza urgenza, quelle relative ai trattamenti sanitari obbligatori, quelle di prevenzione, nonché quelle previste dalle disposizioni statali e regionali vigenti.

1 bis. *Abrogato.* ***(532)***

2. L'accesso all'assistenza farmaceutica è disciplinato dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto delegato; le modalità di fruizione delle prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono disciplinate dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto delegato.

2 bis. *Ai fini dell'erogazione delle prestazioni di cui al comma 1, le aziende sanitarie avviano, anche in forma sperimentale, iniziative tese a garantire ai cittadini residenti in Toscana, l'apertura oltre il normale orario, di almeno un presidio sanitario per provincia, per almeno una sera la settimana e almeno due domeniche ala mese, per alcuni servizi diagnostico specialistici anche al fine di ridurre le liste d'attesa.* ***(532)***

Art. 76
Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private

1. Gli strumenti regionali della *programmazione sanitaria e sociale integrata* ***(189)*** determinano, sentite le organizzazioni rappresentative di riferimento, i criteri sulla base dei quali le aziende unità sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale, fatte salve le normative vigenti in relazione agli organismi di volontariato e di privato sociale; tali criteri tengono conto, in particolare:

a) del grado di copertura del fabbisogno;

b) degli esiti delle procedure di accreditamento e delle verifiche della qualità delle prestazioni;

c) dell'esistenza di particolari condizioni di disagio operativo o di condizioni di critica accessibilità;

d) dei vincoli di carattere economico.

2. L'azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8 del decreto delegato; la Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione; al perfezionamento del rapporto si provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione a i criteri di cui al comma 1, lettera b).

3. La Giunta regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al comma 1, determina le modalità operative per l'omogenea realizzazione sul territorio regionale dei rapporti di cui al comma 2.

4. Al fine di una corretta informazione degli assistiti, l'azienda unità sanitaria locale cura la tenuta di elenchi delle strutture che erogano prestazioni in forma diretta, con l'indicazione delle prestazioni fruibili; l'azienda unità sanitaria locale ha l'obbligo di assicurare la massima diffusione di tali elenchi.

5. L'istituzione privata è tenuta ad informare gli assistiti dell'esistenza dei rapporti di cui al comma 2, indicando in apposito elenco le prestazioni fruibili in forma diretta.

6. Per l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da parte delle strutture private si applica la disciplina di cui alla legge regionale 22 gennaio 1997, n. 5 (Assistenza ospedaliera in forma indiretta presso centri privati italiani di altissima specializzazione non accreditati), che regola l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche erogate in regime di ricovero ospedaliero; le predette prestazioni specialistiche ambulatoriali sono individuate sulla base delle disposizioni degli strumenti della *programmazione sanitaria e sociale integrata* ***(189)*** regionale.

Art. 76 bis
Fascicolo sanitario elettronico ***(237)***

1. *Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) è l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito.*

2. *Il FSE, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, è istituito a fini di:*

a) prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;

c) programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

3. *Il FSE consente anche l'accesso da parte del cittadino ai servizi sanitari on line secondo modalità determinate nel regolamento adottato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 (Regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico).*

4. *Per favorire la qualità, il monitoraggio, l'appropriatezza nella dispensazione dei medicinali e l'aderenza alla terapia ai fini della sicurezza del paziente, è istituito il dossier farmaceutico quale*

parte specifica del FSE.

5. *Il FSE è alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito il quale può decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo. L'accesso e la consultazione del FSE avviene mediante tessera sanitaria su supporto carta nazionale dei servizi (TS-CNS) o con gli strumenti di cui all'articolo 64 del Codice dell'Amministrazione Digitale o con altre modalità abilitate dalla stessa TS-CNS. L'attivazione o la mancata attivazione del FSE non comportano alcun effetto sul diritto di usufruire delle prestazioni del servizio sanitario regionale.*

6. *Il FSE è alimentato in maniera continuativa dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-sanitari regionali nonché, su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in suo possesso secondo le modalità indicate dal d.p.c.m. 178/2015.*

7. *Il consenso rilasciato dall'assistito può essere revocato in qualsiasi momento senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario.*

8. *Il d.p.c.m. 178/2015 stabilisce i contenuti del FSE, i limiti di responsabilità e i compiti dei soggetti che concorrono alla sua implementazione, i sistemi di codifica dei dati, le garanzie e le misure di sicurezza da adottare nel trattamento dei dati personali nel rispetto dei diritti dell'assistito, le modalità e i livelli diversificati di accesso al FSE per le finalità per cui è istituito.*

9. *La Giunta regionale individua con propria deliberazione i dati e i documenti integrativi di cui all'articolo 2, comma 3, del d.p.c.m. 178/2015. Adotta altresì con propria deliberazione le indicazioni operative e le misure tecniche integrative del d.p.c.m. suddetto nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali).*

10. *Le finalità di cui al comma 2, lettera a) sono perseguite dai soggetti del servizio sanitario e socio-sanitario regionale che prendono in cura l'assistito.*

11. *La consultazione dei dati e dei documenti presenti nel FSE, per le finalità di cui al comma 2, lettera a), può essere effettuata solo con il consenso dell'assistito, secondo modalità individuate dal d.p.c.m. 178/2015. Il mancato consenso non pregiudica il diritto all'erogazione della prestazione sanitaria.*

12. *L'accesso in emergenza al FSE avviene secondo le modalità di cui all'articolo 14 del d.p.c.m. 178/2015.*

13. *Le finalità di cui al comma 2, lettere b) e c), sono perseguite dalla Regione senza l'utilizzo dei dati identificativi degli assistiti presenti nel FSE, secondo le modalità individuate nel d.p.c.m.*

Capo II bis
Sistema sanitario di emergenza urgenza (251)

Art. 76 ter
Sistema sanitario di emergenza urgenza (252)

1. *Il sistema sanitario di emergenza urgenza è il sistema, complesso ed unitario, costituito da:*
   a) *un sistema di allarme sanitario;*
   b) *un sistema territoriale di soccorso;*
   c) *un sistema ospedaliero di emergenza.*

2. *Il sistema di allarme sanitario è composto dalle aziende unità sanitarie locali attraverso le centrali operative territoriali alle quali affluiscono le richieste di intervento sanitario di emergenza tramite il numero unico nazionale. Le centrali operative svolgono le seguenti funzioni:*
   a) *ricezione della richiesta di intervento;*
   b) *valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;*
   c) *attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.*

3. *Il sistema territoriale di soccorso è composto dalle aziende unità sanitarie locali, dai comitati della Croce rossa italiana (CRI) e dalle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'articolo 76 quinquies, nonché dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI. (397)*

4. *Il sistema territoriale di soccorso, costituito dalle postazioni di emergenza territoriale distribuite sul territorio regionale, dai mezzi di soccorso e dal personale, sanitario e non sanitario adibito a tale servizio, nonché dalle strutture degli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI, e dal relativo personale, garantisce le seguenti funzioni:*
   a) *intervento sul luogo ove si verificano eventi di gravità rilevante per la salute di uno o più soggetti;*
   b) *ripristino e stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse;*
   c) *trasporto del paziente presso il presidio ospedaliero più idoneo in relazione alle condizioni cliniche del soggetto stesso;*
   d) *supporto tecnico, raccordo, coordinamento e tenuta del sistema. (397)*

Art. 76 quater
Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale ***(253)*** ***(403)***

01. L'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è articolata nelle attività svolte dalle associazioni iscritte nell'elenco di cui all'articolo 76 quinquies e nelle attività svolte dagli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e dal Comitato regionale della CRI. ***(398)***

1. Le attività svolte dalle associazioni iscritte nell'elenco di cui all'articolo 76 quinquies, sono le seguenti:

a) servizi di trasporto di emergenza urgenza gestiti dalla centrale operativa territoriale;

b) servizi di trasporto previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), effettuati tramite ambulanza;

c) servizi di trasporto nei quali le condizioni cliniche del paziente richiedono esclusivamente l'utilizzo di un'ambulanza, la necessità dell'assistenza "in itinere" con personale sanitario e/o altro personale adeguatamente formato ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettere b) ed e), della legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario), nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure al fine di non interrompere il percorso assistenziale già intrapreso. ***(399)***

1 bis. Gli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e il Comitato regionale della CRI, su delega delle associazioni o comitati, svolgono le attività di supporto tecnico, raccordo, coordinamento e tenuta del sistema di emergenza urgenza e in particolare:

a) coordinamento e raccordo delle associazioni al fine di implementare l'uniformità dei modelli organizzativi e favorire l'efficienza e la razionalizzazione del sistema;

b) attività di raccordo dei sistemi informativi delle associazioni, al fine di garantire l'assolvimento del debito informativo nei confronti della Regione;

c) supporto delle associazioni per quanto concerne l'attività formativa dei soccorritori volontari, nonché tenuta dei relativi elenchi regionali;

d) coordinamento degli interventi delle associazioni in occasione di maxi emergenze e calamità di rilievo regionale e nazionale e difesa civile, anche attraverso la partecipazione al Nucleo operativo sanitario regionale per le maxi emergenze (NOSME);

e) promozione ed implementazione di processi di sviluppo del sistema. ***(398)***

2. Qualora l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale non possa essere assicurata dai soggetti di cui all'articolo 76 ter, comma 3, le aziende unità sanitarie locali, dopo aver esperito ogni utile tentativo per garantire l'attività di trasporto sanitario da parte delle medesime o da parte delle associazioni di volontariato e dei comitati della CRI, possono affidare tale attività a soggetti terzi, a seguito di procedure di evidenza pubblica, garantendo, in ogni caso, gli attuali livelli di qualità del servizio.

Art. 76 quinquies
Elenco regionale ***(254)***

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all'articolo 76 undecies, effettua la ricognizione delle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l.r. 25/2001 che svolgono l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale e le inserisce in un apposito elenco, previo assenso e relativa dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti indicati dal regolamento di cui all'articolo 76 undecies e l'eventuale scelta dell'organismo rappresentativo con delega allo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 76 quater, comma 1 bis ***(400)*** *.*

2. Sono inoltre inseriti nell'elenco, a seguito di specifico accordo con il comitato regionale toscano della CRI, i comitati del medesimo ente.

3. L'elenco regionale di cui al comma 1, è aggiornato con periodicità annuale secondo modalità definite dal regolamento di cui all'articolo 76 undecies.

4. Le associazioni di volontariato e i comitati della CRI inseriti nell'elenco regionale sono soggetti a periodiche verifiche da parte della commissione di vigilanza di cui all'articolo 5 della l.r. 25/2001 finalizzate ad accertare la presenza ed il mantenimento dei requisiti.

Art. 76 sexies
Programmazione ed organizzazione dei servizi ***(255)***

1. La programmazione dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è effettuata dalle aziende sanitarie, previo confronto a livello di area vasta, sulla base delle linee di indirizzo definite dalla Conferenza regionale permanente di cui all'articolo 76 septies.

2. L'organizzazione dei servizi è definita annualmente mediante il piano attuativo ed operativo locale che definisce, in particolare, i protocolli tecnici di gestione del servizio, i criteri per l'assegnazione del budget alle associazioni da parte di ciascuna azienda sanitaria, nonché le azioni di razionalizzazione

ed appropriatezza per il rispetto del budget.

3. Il piano annuale attuativo ed operativo locale è proposto dal direttore del dipartimento di emergenza-urgenza di concerto con i direttori delle centrali operative 118, è approvato dal comitato di coordinamento di cui all'articolo 76 octies ed è deliberato con atto del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale. ***(533)***

Art. 76 septies
Conferenza regionale permanente ***(256)***

1. E' istituita la Conferenza regionale permanente con compiti di indirizzo, coordinamento e verifica del sistema di emergenza urgenza territoriale, da nominare entro novanta giorni dall'entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all' articolo 76 undecies, costituita da:

a) l'assessore regionale competente, o suo delegato;

b) il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato; ***(534)*** ***(713)***

c) abrogata. ***(672)*** *;*

d) il referente sanitario regionale per le grandi emergenze individuato ai sensi della direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 giugno 2016 (Individuazione della Centrale Remota Operazioni Soccorso Sanitario per il coordinamento dei soccorsi sanitari urgenti nonché dei Referenti Sanitari Regionali in caso di emergenza nazionale); ***(673)***

e) i legali rappresentanti, o loro delegati, dei due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'articolo 76 ter, comma 3, sulla base dei seguenti criteri:

1) *rappresentanza di associazioni che esercitano l'attività nel territorio delle tre aziende unità sanitarie locali;* ***(535)***

2) *numero di associazioni rappresentate;*

f) dal legale rappresentante del comitato regionale della CRI o suo delegato.

2. La Conferenza regionale permanente, in particolare, definisce le linee di indirizzo per la programmazione aziendale, per l'elaborazione dei piani annuali attuativi locali, per la ripartizione delle risorse fra le singole aziende sanitarie, per le azioni di monitoraggio degli obiettivi e per lo svolgimento dell'attività di supporto tecnico, raccordo, coordinamento e tenuta del sistema di emergenza urgenza, di cui all'articolo 76 quater, comma 1 bis. ***(401)***

3. Le modalità di funzionamento della Conferenza regionale permanente sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla Conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti.

4. Ai componenti della Conferenza regionale permanente non competono indennità di presenza o di carica.

5. La direzione regionale competente verifica ogni due anni che gli organismi di cui al comma 1, lettera e), conservino il carattere della maggiore rappresentatività a livello regionale. ***(674)***

Art. 76 octies
Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza ***(257)***

1. Al fine di garantire la integrazione dei soggetti all'interno del sistema e il necessario coordinamento della programmazione e gestione dei servizi, è costituito, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 76 undieces, presso ogni azienda unità sanitaria locale, un comitato di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza composto:

a) dal direttore sanitario dell'azienda unità sanitaria locale, o suo delegato;

a bis) dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato; ***(536)*** ***(714)***

b) dal direttore del dipartimento di emergenza urgenza, o suo delegato;

c) dai direttori delle centrali operative 118, o loro delegati; ***(537)***

d) dal direttore sanitario delle aziende ospedaliere, o suo delegato, negli ambiti territoriali in cui insistono le stesse;

e) dai direttori delle società della salute o, laddove non attivate, dai responsabili delle zone-distretto, o loro delegati;

f) da quattro membri, o loro delegati, designati in numero di due da ciascuno degli organismi regionali maggiormente rappresentativi ***(538)*** *delle associazioni di volontariato, secondo i criteri di cui all'articolo 76 septies, comma 1, lettera e);*

g) negli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali nei quali hanno sede operativa più di sessanta associazioni di cui all'articolo 76 ter, comma 3, da un membro ulteriore designato dall'organismo maggiormente rappresentativo di almeno dieci ***(538)*** *associazioni aventi sede operativa nel territorio dell'azienda unità sanitaria locale e non aderenti agli organismi di cui alla lettera f), laddove esistente, sulla base del numero di interventi realizzati nell'anno solare*

precedente la costituzione o il rinnovo del comitato;

*h) da due membri designati **(538)** dal comitato regionale della CRI, o loro delegati **(538)** .*

2. Il comitato di coordinamento svolge le seguenti funzioni:

a) approva il piano attuativo ed operativo locale, di cui all'articolo 76 sexies, comma 2, proposto dal direttore della centrale operativa 118, sulla base della programmazione aziendale e degli indirizzi della Conferenza regionale permanente;

b) definisce i criteri di assegnazione del budget alle associazioni, da parte di ciascuna azienda sanitaria;

c) mette in atto le necessarie azioni di razionalizzazione, innovazione ed appropriatezza degli interventi per l'ottimizzazione del sistema ed il rispetto del budget, nonché le necessarie azioni di monitoraggio degli obiettivi.

3. Le modalità di funzionamento del comitato di coordinamento sono disciplinate da apposito regolamento adottato dallo stesso, a maggioranza dei suoi componenti, redatto sulla base di linee guida definite dalla Conferenza regionale permanente.

4. *Ai componenti del comitato di coordinamento non competono indennità di presenza o di carica;*

5. *Il comitato di coordinamento è aggiornato nella sua composizione ogni due anni.*

Art. 76 novies
*Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale **(258)***

1. I criteri per la formulazione di un sistema budgetario relativo alle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale sono definiti mediante il regolamento di cui all'articolo 76 undecies.

2. Il sistema budgetario è strutturato sulla base dei seguenti indirizzi:

a) il budget da destinare al sistema territoriale di soccorso ricomprende complessivamente tutte le risorse destinate alle associazioni di volontariato e ai comitati della CRI, iscritti nell'elenco di cui all'articolo 76 quinquies, determinate in ragione della quantità e qualità delle attività di trasporto di emergenza urgenza da erogare, nonché le risorse destinate agli organismi rappresentativi delle associazioni di volontariato e al Comitato regionale della CRI, in caso di delega per lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 76 quater, comma 1 bis, determinate in percentuale non superiore al 6 per cento delle risorse attribuite alle associazioni o comitati deleganti e tenuto conto del perseguimento degli obiettivi definiti dalla Conferenza regionale permanente. Tali risorse sono rendicontate ai sensi del comma 3;

*b) per quanto attiene alle attività di trasporto sanitario sono previsti specifici indici di correzione riferiti ai comuni insulari, ai comuni montani ed ai comuni disagiati di cui alla legge regionale 27 luglio 2004, n. 39 (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio. Modifiche alla legge regionale 7 maggio 1985, n. 57 "Finanziamenti per la redazione e l'attuazione di piani di recupero del patrimonio edilizio esistente". Modifiche alla legge regionale 2 novembre 1999, n. 58 "Norme sulla tutela dell'artigianato artistico e tradizionale toscano e disposizioni in materia di oneri contributivi per gli apprendisti artigiani"). **(402)***

3. I soggetti del sistema inoltrano alle aziende sanitarie di riferimento, attraverso report periodici, le necessarie informazioni sull'attuazione del budget assegnato, relativamente ai risultati raggiunti ed alle risorse utilizzate.

Art. 76 decies
*Monitoraggio e valutazione **(259)***

1. La Giunta regionale effettua la valutazione ed il monitoraggio dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza all'interno del rapporto annuale e della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 20, comma 1, lettere a) e b).

2. Degli esiti dell'attività di cui al comma 1, è dato conto al Consiglio regionale nell'ambito della relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 20, comma 1, lettera d).

Art. 76 undecies
*Regolamento di attuazione **(260)** **(303)***

1. La Giunta regionale definisce con regolamento di attuazione, da adottarsi entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, in particolare:

a) i requisiti volti a garantire la continuità e la qualità del servizio, necessari ai fini dell'iscrizione nell'elenco regionale di cui all'articolo 76 quinquies;

b) le modalità di aggiornamento dell'elenco regionale, per quanto concerne l'iscrizione, la modifica e la cancellazione;

c) le modalità e le procedure per lo svolgimento della verifica periodica di cui all'articolo 76 quinquies, comma 4 ;

d) i criteri per la formulazione del budget, di cui all'articolo 76 novies.

Capo III
Prestazioni di assistenza farmaceutica

Art. 77
Erogazione dell'assistenza farmaceutica

1. L'assistenza farmaceutica territoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale è erogata attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il servizio sanitario regionale, secondo le disposizioni di cui all' articolo 28 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) ed è subordinata alla prescrizione dei medicinali sui modulari del servizio sanitario nazionale.
2. Ai sensi dell' articolo 8 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l'assistenza farmaceutica è altresì erogata:
   a) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali, anche tramite le farmacie convenzionate attraverso la stipula di specifici accordi, per quei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente;
   b) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali per i medicinali necessari al trattamento di assistiti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; alla predetta erogazione le aziende unità sanitarie locali possono procedere anche attraverso le farmacie convenzionate, previa stipula di specifici accordi;
   c) direttamente dalle aziende sanitarie, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero o alla visita specialistica ambulatoriale.
3. Le forme e le modalità di accesso all'assistenza farmaceutica di cui al comma 2 sono disciplinate dalla Giunta regionale garantendo, comunque, che le aziende sanitarie provvedano alla erogazione del servizio assicurando un accesso adeguato alle esigenze della popolazione in termini di orario, consulenza professionale e farmacovigilanza.
4. La Giunta regionale definisce, previa concertazione con le organizzazioni sindacali dei titolari di farmacia, le modalità per il monitoraggio degli accordi di cui al comma 2.
5. Fatto salvo quanto previsto all' articolo 7 del d.l. 347/2001, convertito con modificazioni dalla l. 405/2001, le farmacie, pubbliche e private, convenzionate col servizio sanitario regionale, nell'erogare i farmaci agli assistiti con oneri a carico del medesimo servizio sanitario regionale, sono tenute, nel caso in cui il medico abbia prescritto il medicinale indicandone il nome commerciale oppure quando ne abbia indicato la denominazione comune italiana, il relativo dosaggio, forma farmaceutica, modalità di rilascio e numero di unità posologiche, alla consegna all'assistito del medicinale corrispondente nel rispetto di specifici accordi quadro regionali stipulati sentiti gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali dei medici e dei farmacisti.

5 bis. *La Giunta regionale, su proposta della commissione terapeutica regionale ai sensi dell'articolo 81, comma 5, approva il prontuario terapeutico regionale dei farmaci e dei dispositivi medici ed i relativi aggiornamenti.* ***(647)***

Art. 78
Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

1. La Giunta regionale approva, previa comunicazione alla commissione consiliare competente ed entro il 30 *novembre* ***(648)*** di ogni anno, le direttive alle aziende sanitarie per la programmazione dell'assistenza farmaceutica territoriale, con le quali sono determinati per l'anno successivo:
   a) *abrogata;* ***(649)***
   b) i livelli di erogazione di ambito regionale e gli indirizzi per l'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica territoriale da parte delle aziende sanitarie locali;
   c) gli specifici tetti di spesa per azienda unità sanitaria locale;
   d) i livelli programmati di spesa delle aziende ospedaliero-universitarie ed i parametri della loro partecipazione all'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all' articolo 77, comma 2, lettera c);
   e) i criteri per il monitoraggio continuo della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale;
   f) le misure di controllo e di contenimento della spesa introdotte per l'esercizio.
2. Qualora il monitoraggio evidenzi elementi di criticità nel conseguimento degli obiettivi programmati, la Giunta regionale adotta, previa comunicazione alla commissione consiliare competente, ogni opportuna misura di contenimento della spesa, anche modificando le direttive di cui al comma 1.

3. L'adozione delle direttive di cui al comma 1 è preceduta da un confronto con le organizzazioni sindacali dei titolari di farmacia.

Art. 79
Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

1. Le aziende unità sanitarie locali, entro quarantacinque giorni dalla data di presentazione delle ricette da parte delle farmacie convenzionate, provvedono a:
   a) rilevare tutte le informazioni contenute nel ricettario di cui al decreto ministeriale 11 luglio 1988, n. 350 (Disciplina dell'impiego nel servizio sanitario nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica) ai fini dell'attivazione nel territorio regionale del monitoraggio delle prescrizioni in attuazione dell' articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), convertito in legge con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326 ;
   b) predisporre ed inviare al medico convenzionato ***(650)*** e al medico dipendente un documento informativo relativo ai dati di cui alla lettera a), predisposto sulla base degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale in accordo con le organizzazioni sindacali mediche.
2. Presso ogni azienda sanitaria è istituita apposita commissione, nominata dal direttore generale, con il compito di valutare l'appropriata prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati sulla base di specifici indirizzi emanati dalla Giunta regionale in accordo con le organizzazioni sindacali mediche *e con gli ordini provinciali dei medici competenti per territorio.* ***(651)***
3. *La composizione della commissione è determinata dalla Giunta regionale e ne fanno parte i presidenti degli ordini provinciali dei medici competenti per territorio.* ***(652)***

Art. 80
Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica

1. Al fine di contribuire al miglioramento della sicurezza nell'uso dei medicinali, le aziende sanitarie:
   a) partecipano alla realizzazione dei progetti di livello nazionale e regionale per la raccolta, il monitoraggio e la valutazione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e da dispositivi medici;
   b) mettono in atto azioni di sensibilizzazione dei sanitari, dipendenti e convenzionati, sull'importanza delle segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci, al fine di incrementarne il numero e la qualità;
   c) attivano e assecondano ogni iniziativa di promozione e sviluppo della farmaco-vigilanza e della farmaco-epidemiologia; a tal fine favoriscono la fruizione degli strumenti informativi necessari per una prescrizione appropriata e sicura, da parte dei medici dipendenti e convenzionati;
   d) realizzano programmi di informazione e formazione sulla farmaco-vigilanza, sulla sicurezza, sulle reazioni avverse, sulle interazioni tra farmaci e tra farmaci e alimenti, anche in collaborazione con le farmacie convenzionate.

Art. 81
Commissione terapeutica regionale ***(653)***

1. *Allo scopo di garantire lo sviluppo ed il raggiungimento di elevati livelli di sicurezza, appropriatezza e di economicità nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici nel sistema sanitario toscano, è istituita presso la Giunta regionale, nell'ambito delle attività di governo clinico, la Commissione terapeutica regionale.*
2. *La Commissione terapeutica regionale è composta da:*
   a) il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute o suo delegato, che la presiede;
   b) il dirigente competente in materia di politiche del farmaco;
   c) sedici membri con particolare competenza in uno o più dei seguenti ambiti:
      1) *scienze mediche;*
      2) *scienze biologiche;*
      3) *scienze farmaceutiche;*
      4) *metodiche "Health Tecnology Assestment" (HTA);*
   d) il Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico.
3. *I componenti della Commissione terapeutica regionale sono nominati dal Presidente della Giunta regionale su proposta dell'Organismo toscano per il governo clinico, formulata d'intesa con la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.*
4. *I componenti della Commissione terapeutica regionale restano in carica per la durata della*

legislatura regionale.

5. *La Commissione terapeutica regionale propone alla Giunta regionale il prontuario terapeutico regionale dei farmaci e dei dispositivi medici e i relativi aggiornamenti e formula proposte e pareri in merito alle seguenti materie:*
   a) la formazione e l'informazione sull'uso dei farmaci rivolta ai sanitari, nonché l'educazione sull'uso dei medicinali rivolta agli assistiti;
   b) la farmaco-vigilanza e la farmaco-epidemiologia;
   c) la determinazione di aspetti inerenti ai livelli di assistenza farmaceutica e sull'utilizzazione di farmaci e dispositivi medici;
   d) il coordinamento e l'indirizzo delle commissioni terapeutiche di area vasta;
   e) la rilevazione e il monitoraggio dei dati sull'uso dei farmaci;
   f) l'analisi e il monitoraggio delle innovazioni in campo farmaceutico, anche al fine della loro introduzione nel servizio sanitario regionale, in raccordo con la Commissione di valutazione delle tecnologie ed investimenti sanitari;
   g) i nuovi sistemi di distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici.
6. *La Commissione terapeutica regionale opera, di norma, attraverso gruppi di lavoro, ai quali possono essere chiamati a partecipare anche esperti esterni alla Commissione stessa, per tematiche di particolare complessità.*
7. *La partecipazione alla Commissione terapeutica regionale non comporta la corresponsione di alcuna indennità di carica o di presenza.*
8. *Per i componenti e gli esperti esterni di cui al comma 6, che sono dipendenti del servizio sanitario regionale, il rimborso delle spese sostenute è posto a carico degli enti di provenienza.*
9. *Per i componenti e gli esperti esterni di cui al comma 6, che non sono dipendenti del servizio sanitario regionale, il rimborso delle spese sostenute è posto a carico della Giunta regionale ed è corrisposto nella misura prevista per i dirigenti regionali.*
10. *Ai soggetti di cui al comma 9, che non sono dipendenti regionali, è riconosciuto il rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa statale vigente. Ai soggetti di cui al comma 9 inquadrati nel ruolo unico regionale si applicano le direttive emanate dalla Giunta regionale in applicazione dell'articolo 6, comma 12, del d.l. 78/2010 convertito dalla l. 122/2010.*

Titolo VII
ORGANISMI DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI SUPPORTO TECNICO AMMINISTRATIVO

Capo I
Agenzia regionale di sanità

Art. 82
Agenzia regionale di sanità ***(30) (288)***

1. *L'Agenzia regionale di sanità (ARS) è ente di consulenza sia per la Giunta che per il Consiglio regionale,* ***(64)*** *dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, che svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari.*

Art. 82 bis
Compiti e attribuzioni ***(31) (288)***

1. *L'ARS offre supporto e consulenza tecnico-scientifica al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale nelle materie di propria competenza; in particolare:*
   a) effettua studi preparatori per gli atti di programmazione regionale;
   b) contribuisce alla definizione degli indicatori sullo stato di salute della popolazione e sui risultati delle attività del servizio sanitario regionale;
   c) definisce e sviluppa strumenti per l'analisi dei bisogni sanitari e per l'analisi anche economica della domanda e dell'offerta delle prestazioni;
   d) contribuisce alla elaborazione di strumenti per la promozione e l'educazione alla salute al fine del miglioramento del quadro epidemiologico;
   e) svolge analisi e individua strumenti per verificare la qualità, l'equità di accesso ***(190)*** *e la rispondenza ai fini della salute dei cittadini dei servizi, delle prestazioni sanitarie e dei presidi farmaceutici, anche in funzione dell'attuazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie, previsto dal decreto delegato;*
   f) assicura la circolazione delle conoscenze e dei risultati delle proprie attività di analisi e di ricerca.

2. *L'ARS svolge, previa comunicazione al Consiglio regionale e alla Giunta regionale, compatibilmente con i compiti di cui al comma 1, anche attività di consulenza, studio e ricerca a favore delle aziende sanitarie, delle società della salute, degli enti locali, nonché a favore di altri soggetti pubblici o privati.*

Art. 82 ter
Strumenti operativi ***(32) (288)***

1. *Per l'esercizio delle proprie funzioni, l'ARS può:*
   a) effettuare sopralluoghi, acquisire notizie e documentazioni, utilizzando anche i dati degli enti, agenzie e fondazioni regionali;
   b) procedere all'acquisizione di dati, attraverso la raccolta diretta e sistematica e l'accesso a banche dati, nonché alla loro elaborazione, pubblicazione e diffusione nei limiti e con le garanzie previsti dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dalla legge regionale 3 aprile 2006, n. 13 (Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, aziende sanitarie, enti, aziende e agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e di controllo);
   c) provvedere alla gestione di reti di monitoraggio e di altri sistemi di indagine;
   d) promuovere forme di collaborazione con analoghi istituti a livello nazionale.

Art. 82 quater
Organi ***(33) (288)***

1. Sono organi dell'ARS:
   a) il Comitato di indirizzo e controllo;
   b) il Direttore;
   c) il Collegio dei revisori dei conti.

1 bis. Per quanto non previsto dal presente capo, agli organi di cui al comma 1 si applicano le disposizioni di cui alla legge regionale 8 febbraio 2008, n. 5 (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione). ***(396)***

Art. 82 quinquies
Composizione del Comitato di indirizzo e controllo ***(34) (264) (288)***

1. *Il Comitato di indirizzo e controllo* ***(264)*** *è così composto:*
   a) dal presidente, nominato dal Presidente della Giunta regionale;
   b) da sette membri nominati dal Consiglio regionale;
   c) da un membro nominato dal Consiglio regionale su designazione della Conferenza regionale dei sindaci ***(587)*** *.* ***(65) (191)***

2. *La durata in carica del Comitato di indirizzo e controllo coincide con quella della legislatura regionale.* ***(265)***

3. *Il Comitato di indirizzo e controllo è convocato dal Presidente e si riunisce almeno mensilmente. La convocazione avviene anche su richiesta di tre membri.* ***(265)***

4. *Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei membri* ***(266)*** *e ad esse partecipano, senza diritto di voto, il direttore dell'ARS ed il Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico.* ***(654)***

5. *Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei presenti.* ***(265)***

Art. 82 sexies
Competenze del Comitato di indirizzo e controllo. Gettone di presenza. ***(35) (288)***

1. *Il Comitato di indirizzo e controllo esercita le funzioni di indirizzo dell'attività dell'ARS e in particolare:*
   a) approva, su proposta del Direttore, il programma di attività entro il 30 novembre; ***(588)***
   b) approva la relazione annuale dell'attività dell'ARS;
   c) valuta, anche sulla base della relazione annuale del Direttore, lo stato di attuazione del programma di attività e propone allo stesso indirizzi operativi utili a garantire il miglior raggiungimento degli obiettivi.

2. Il Comitato di indirizzo e controllo elegge al suo interno il vicepresidente, che sostituisce il presidente in caso di assenza o impedimento temporaneo.

3. Il Presidente del Comitato di indirizzo e controllo:
   a) convoca e presiede le sedute del Comitato e ne stabilisce l'ordine del giorno;
   b) presenta annualmente alla Giunta regionale, che la trasmette al Consiglio, la relazione sull'attività

svolta dall'ARS, di cui al comma 1, lettera b).

4. Al Presidente e agli altri componenti del Comitato di indirizzo e controllo è corrisposto, per ogni giornata di effettiva partecipazione alle sedute del comitato stesso, un gettone di presenza di euro 30,00.

5. Ai soggetti di cui al comma 4, residenti in un comune distante almeno dieci chilometri da quello in cui ha sede l'ente, è dovuto il rimborso delle spese per la partecipazione alle sedute dell'organismo, nella misura stabilita per i dirigenti regionali. Il rimborso non compete nel caso in cui tali soggetti debbano comunque recarsi nel comune in cui ha sede l'ente per il compimento di doveri inerenti la propria attività lavorativa.

Art. 82 septies
Presidente ***(36)***

Abrogato.

Art. 82 octies
Collegio dei revisori dei conti ***(37)*** ***(288)***

1. *Il collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri* ***(267)*** *iscritti nel registro dei revisori contabili.*

2. *Il collegio dei revisori ed il suo presidente sono nominati con deliberazione del Consiglio regionale, adottata con voto limitato.*

3. *Il collegio resta in carica cinque anni.* ***(267)***

4. *La carica di presidente e di componente del collegio dei revisori è incompatibile con qualunque incarico conferito presso aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e ESTAR.* ***(334)***

5. *Al Presidente e ai membri del Collegio dei revisori è corrisposta un'indennità annua pari rispettivamente al 3 per cento e al 2 per cento dell'indennità spettante al Presidente della Giunta regionale.* ***(268)***

6. *Ai membri del collegio dei revisori residenti in comuni diversi da quelli ove ha sede l'ARS è dovuto, in occasione delle sedute, il rimborso delle spese di viaggio nella misura prevista per i dirigenti regionali.*

7. *Il collegio dei revisori dei conti vigila sull'osservanza da parte dell'ente delle disposizioni di legge, regolamentari e statutarie ed, in particolare, esercita le funzioni di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 30 giugno 2011, n. 123 (Riforma dei controlli di regolarità amministrativa e contabile e potenziamento dell'attività di analisi e valutazione della spesa, a norma dell'articolo 49 della legge 31 dicembre 2009, n. 196), in conformità con le disposizioni della presente legge, delle direttive del Consiglio regionale e degli indirizzi della Giunta regionale.* ***(298)***

7 bis. *La relazione con la quale il collegio dei revisori dei conti esprime il parere sul bilancio preventivo dell'ente contiene il motivato giudizio di congruità, di coerenza e di attendibilità contabile delle previsioni, nonché il parere sugli equilibri complessivi della gestione.* ***(299)***

7 ter. *Il collegio dei revisori dei conti esprime il giudizio sul bilancio di esercizio in conformità all'articolo 14 del decreto legislativo 27 gennaio 2010, n. 39 (Attuazione della direttiva 2006/43/CE, relativa alle revisioni legali dei conti annuali e dei conti consolidati, che modifica le direttive 78/660/CEE e 83/349/CEE, e che abroga la direttiva 84/253/CEE).* ***(300)***

7 quater. *Il collegio dei revisori dei conti presenta semestralmente al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale una relazione sull'andamento della gestione amministrativa e finanziaria dell'ARS.* ***(301)***

7 quinquies. *Il collegio dei revisori dei conti può procedere in qualsiasi momento ad atti di ispezione e di controllo e può richiedere notizie sull'andamento delle operazioni svolte.* ***(302)***

Art. 82 novies
Funzioni e competenze del Direttore ***(38)*** ***(288)***

1. Il Direttore rappresenta legalmente l'ARS.

2. Il Direttore sovrintende all'attuazione dei programmi, ne assicura la gestione, esercita la direzione amministrativa e finanziaria dell'ARS. In particolare, il Direttore:

a) adotta il regolamento di cui all'articolo 82 terdecies;

b) propone al Comitato di indirizzo e controllo, di concerto con i responsabili degli osservatori di cui all'articolo 82 duodecies, il programma ***(589)*** *di attività dell'ARS;*

c) adotta il bilancio preventivo economico ***(590)*** *e il bilancio di esercizio;*

d) predispone il programma ***(591)*** *di attività;*

e) nomina i coordinatori degli osservatori di cui all'articolo 82 duodecies;

f) dirige la struttura tecnico-amministrativa di cui all'articolo 82 duodecies, comma 5;

g) elabora la relazione annuale sull'attività svolta dall'ARS.

Art. 82 decies
Nomina e rapporto di lavoro del direttore ***(39) (288)***

1. *Il direttore è nominato dal Presidente della Giunta regionale previo parere vincolante della commissione consiliare competente, che si esprime entro venti giorni dal ricevimento della proposta di nomina. Decorso inutilmente tale termine il Presidente procede alla nomina.*

2. *L'incarico di direttore è conferito a persona di età non superiore ai sessantacinque anni in possesso di idonea laurea magistrale o equivalente, dotata di specifici requisiti scientifici nelle materie oggetto dell'attività dell'ARS, nonché di adeguata esperienza manageriale.*

3. *L'incarico di direttore ha durata coincidente con quella della legislatura.*

3 bis. *Il rapporto di lavoro del direttore dell'ARS, in essere alla data di entrata in vigore del presente comma, prosegue fino alla scadenza indicata nel relativo contratto.* ***(404)***

4. *Il trattamento economico del direttore è determinato in misura compresa fra gli emolumenti spettanti ai dirigenti regionali di ruolo, di cui all'articolo 6 della legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1 (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale), inclusa la retribuzione di posizione e di risultato, e quelli spettanti ai direttori di cui all'articolo 7 della medesima legge ed è adeguato automaticamente alle modifiche cui sono soggetti i suddetti emolumenti.*

5. *Il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato.*

6. *L'incarico di direttore ha carattere di esclusività ed è subordinato, per i dipendenti pubblici, al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, e i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono a carico del bilancio dell' ARS.*

7. *Nel caso in cui l'incarico di direttore sia conferito a un dipendente della Regione o di un ente da essa dipendente, l'amministrazione di appartenenza provvede a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali sull'intero trattamento economico corrisposto dall' ARS, comprensivi delle quote a carico del dipendente e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da essa sostenuto all' ARS, che procede al recupero della quota a carico dell'interessato.*

8. *Nel caso in cui l'incarico di direttore sia conferito a un dipendente di altra amministrazione pubblica, l'amministrazione di appartenenza provvede ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, comprensivi delle quote a carico del dipendente, sulla base della retribuzione che il dipendente percepiva all'atto del collocamento in aspettativa o alla quale avrebbe avuto diritto, secondo la normale progressione economica all'interno dell'amministrazione stessa, se fosse rimasto in servizio, comprensivi delle quote a carico del dipendente, richiedendo successivamente all' ARS il rimborso di tutto l'onere sostenuto. Qualora il trattamento economico effettivamente corrisposto per l'incarico conferito sia superiore alla retribuzione figurativa già assoggettata a contribuzione da parte dell'amministrazione di appartenenza, l'ARS provvede autonomamente ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali dovuti su tale differenza.*

9. *Il trattamento contributivo di cui ai commi 7 e 8 esclude ogni altra forma di versamento.*

9 bis. *La valutazione del Direttore dell'ARS è effettuata dalla Giunta regionale su proposta dell'Organismo indipendente di valutazione.* ***(592)***

10. *Il contratto può essere risolto anticipatamente con decreto del Presidente della Giunta regionale, che dispone la revoca della nomina, oltre che per i motivi previsti dall'articolo 15, comma 4, della l.r. 5/2008, per i seguenti motivi:*

a) grave perdita del conto economico;

b) mancato conseguimento dei risultati previsti dal programma annuale di attività per cause imputabili alla responsabilità dello stesso direttore.

b bis) valutazione negativa, effettuata ai sensi del comma 9 bis, sul conseguimento degli obiettivi definiti dal piano della qualità della prestazione organizzativa, di cui all'articolo 82 undecies 1; ***(593)***

b ter) mancata adozione del bilancio di previsione o del bilancio di esercizio oppure adozione degli stessi oltre trenta giorni rispetto ai termini previsti all'articolo 82 septies decies, commi 2 e 7, per cause imputabili alla responsabilità dello stesso Direttore. ***(594)***

Art. 82 decies 1
Indirizzi regionali ***(595)***

1. *La Giunta regionale, recepite le indicazioni del Consiglio regionale, entro il 31 ottobre di ogni anno approva specifici indirizzi per l'elaborazione del programma di attività, di cui all'articolo 82 undecies, sulla base delle risorse disponibili.*

Art. 82 undecies
Programma di attività ***(40) (288)***

1. *Il programma attività annuale con proiezione triennale indica le linee generali dell'attività dell'ARS e pone gli obiettivi da perseguire nel periodo considerato.* ***(596)***

2. *Il programma di attività è predisposto dal direttore, tenuto conto delle proposte dei coordinatori degli osservatori di cui all' articolo 82 duodecies .* ***(597)***

3. *Il Presidente della Giunta regionale ed il Presidente del Consiglio regionale possono richiedere all'ARS che siano messe a loro disposizione le conoscenze e le informazioni in suo possesso.*

Art. 82 undecies 1
Piano della qualità della prestazione organizzativa e relazione sulla qualità della prestazione ***(598)***

1. *Il piano della qualità della prestazione organizzativa dell'ARS definisce annualmente, con proiezione triennale, gli obiettivi, gli indicatori e i valori attesi su cui si basano la misurazione, la valutazione e la rendicontazione dei risultati organizzativi ed esplicita gli obiettivi individuali del Direttore. Il piano della qualità della prestazione organizzativa costituisce il riferimento per la definizione degli obiettivi e per la conseguente misurazione e valutazione della qualità della prestazione di tutto il personale dell'ARS.*

2. *Il piano di cui al comma 1 è predisposto dal Direttore in coerenza con il programma di attività di cui all'articolo 82 undecies ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 gennaio dell'anno di riferimento.*

3. *La Giunta regionale, nell'ambito di apposite linee guida e in coerenza con quanto previsto dalla l.r. 1/2009, definisce la cadenza periodica e le procedure per l'effettuazione dei monitoraggi circa lo stato di realizzazione degli obiettivi previsti nel piano di cui al comma 1.*

4. *Il Direttore, a conclusione dell'intero ciclo di programmazione, misurazione e valutazione, predispone una relazione sulla qualità della prestazione che evidenzia i risultati organizzativi e individuali raggiunti nell'anno precedente. La relazione è approvata dalla Giunta regionale entro il 30 aprile di ogni anno.*

Art. 82 duodecies
Strutture organizzative ***(41) (288)***

1. *Per l'esercizio delle funzioni tecnico-scientifiche a carattere disciplinare, l'ARS è articolata in due osservatori:*
   a) l'osservatorio di epidemiologia;
   b) l'osservatorio per la qualità e l'equità. ***(192)***

2. *Il Consiglio regionale può deliberare, su proposta della Giunta regionale, sentito il Comitato di indirizzo e controllo,* ***(270)*** *la costituzione di ulteriori osservatori, definendone le finalità e le funzioni.*

3. *A ciascun osservatorio è preposto un coordinatore nominato dal Direttore* ***(270)*** *tra persone di comprovata esperienza nella materia, in possesso del diploma di laurea; all'individuazione dei coordinatori degli osservatori si procede previo avviso pubblico.*

4. *Il rapporto di lavoro dei coordinatori di cui al comma 1, è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni e rinnovabile; ai medesimi coordinatori è corrisposto un trattamento economico nella misura determinata dal Direttore.* ***(270)***

5. *La struttura interna degli osservatori è definita dal regolamento di cui all'articolo 82 terdecies.*

6. *Le funzioni tecnico-amministrative di supporto sono svolte dalla struttura operativa prevista nel regolamento di cui all' articolo 82 terdecies .*

Art. 82 terdecies
Regolamento generale di organizzazione ***(42) (288)***

1. *L'organizzazione e il funzionamento dell'ARS sono disciplinati da apposito regolamento generale adottato dal Direttore.*

2. *Il regolamento è approvato dalla Giunta regionale, acquisito il parere del Consiglio regionale, entro novanta giorni dal ricevimento, nel rispetto della normativa generale sull'ordinamento degli uffici e del personale.*

Art. 82 quaterdecies

Approvazione atti fondamentali ***(43)***

Abrogato.

Art. 82 quindecies
Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione ***(44)***

Abrogato.

Art. 82 sexies decies
Personale ***(45) (288)***

1. *In materia di organizzazione e di personale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1 (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale).* ***(271)***

2. *L'ARS per lo svolgimento della propria attività può altresì avvalersi:*
   a) di personale trasferito dalla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali;
   b) di personale a rapporto di lavoro privato, per lo svolgimento di specifici progetti o per l'utilizzo di particolari professionalità non reperibili nella dotazione organica tramite l'attivazione delle procedure di mobilità di cui alla lettera a).

3. *Per specifici progetti e ricerche l'ARS può istituire borse di studio per la durata di un anno, rinnovabili una sola volta.*

4. *I dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale, ovvero di un azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, chiamati ad assumere incarichi dirigenziali con contratto a tempo determinato presso l'ARS sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianità di servizio.*

Art. 82 septies decies
Bilancio ***(46)***

1. *I contenuti del bilancio preventivo economico e del bilancio di esercizio sono stabiliti con deliberazione della Giunta regionale, in conformità alla disciplina statale in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici.*

2. *Il bilancio preventivo economico è adottato dal Direttore dell'ARS e trasmesso alla Giunta regionale entro il 30 novembre dell'anno precedente all'esercizio di riferimento, unitamente alla relazione del Collegio dei revisori. In assenza di rilievi istruttori, entro quarantacinque giorni dal ricevimento, la Giunta regionale trasmette la richiesta di parere al Consiglio regionale, che si esprime nei quindici giorni successivi al parere della commissione consiliare competente.*

3. *In caso di rilievi istruttori, la competente struttura della Giunta regionale trasmette all'ARS, entro venti giorni dal ricevimento del bilancio, la richiesta di documentazione integrativa oppure di riadozione del bilancio stesso. L'ARS trasmette alla Giunta regionale, entro cinque giorni, la documentazione integrativa richiesta oppure, entro quindici giorni, il bilancio riadottato. Entro venti giorni dal ricevimento della documentazione di cui al periodo precedente, la Giunta regionale trasmette la richiesta di parere sul bilancio al Consiglio regionale, che si esprime nei quindici giorni successivi al parere della commissione.*

4. *Entro quindici giorni dall'acquisizione del parere consiliare la Giunta regionale approva il bilancio.*

5. *Ai fini del comma 2, al bilancio trasmesso alla Giunta regionale è allegato il programma di attività.*

6. Il bilancio di esercizio è adottato e trasmesso dal Direttore dell'ARS alla Giunta regionale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello cui si riferisce. La Giunta regionale effettua l'istruttoria e propone il bilancio al Consiglio regionale, secondo le modalità e i tempi istruttori di cui ai commi 2 e 3. Il Consiglio regionale approva il bilancio di esercizio entro sessanta giorni dal ricevimento.

Art. 82 octies decies
Finanziamento ***(47) (288)***

1. *Il finanziamento dell'ARS avviene mediante:*
   a) il contributo ordinario, determinato dal piano sanitario e sociale integrato regionale ***(193)*** *a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell' articolo 25, comma 1, lettera c) della l.r. 40/2005 per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all' articolo 82 bis, comma 1;*
   b) quote aggiuntive, a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell' articolo 25, comma 1, lettera b), della medesima l.r. 40/2005 per l'eventuale finanziamento degli specifici progetti non compresi nel programma di attività di cui all' articolo 82 undecies ;
   c) ricavi e proventi per prestazioni rese a favore dei soggetti di cui all' articolo 82 bis, comma 2.

Art. 82 novies decies

Esercizio dell'attività delle strutture tecnico scientifiche ***(48) (288)***

1. *Le strutture tecnico-scientifiche per lo svolgimento della loro attività sono autorizzate ad accedere a tutti i flussi di dati a carattere regionale attinenti alla salute e al benessere sociale, dovunque collocati, ed in particolare ai seguenti:*
   - *a) flussi informativi analitici concernenti i ricoveri ospedalieri, l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di riabilitazione, di assistenza medica convenzionata, di assistenza farmaceutica territoriale e in regime ospedaliero, di trasporto sanitario, le anagrafi degli assistiti, le esenzioni per patologia ed invalidità, i certificati di assistenza al parto, le dimissioni per aborto spontaneo e le interruzioni volontarie di gravidanza;*
   - *b) flussi informativi riguardanti le attività gestionali ed economiche del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, nonché i dati di attività e di struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata;*
   - *c) flussi attinenti servizi di elaborazione dati e di verifica di qualità delle aziende sanitarie e delle istituzioni private;*
   - *d) flussi informativi concernenti i dati sulla struttura della popolazione regionale, sull'anagrafe dei residenti, sugli stili di vita, sui fenomeni sociali, sui bisogni reali e sulle risorse;*
   - *e) archivi delle malattie infettive, archivio regionale AIDS;*
   - *f) registri regionali di patologia e di mortalità, laddove legittimamente costituiti da ai sensi di legge;* ***(194)***
   - *g) registro INAIL degli infortuni e delle malattie professionali;*
   - *h) altri flussi informativi analitici che abbiano ad oggetto l'attività ospedaliera, le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali erogate sul territorio, le prestazioni di riabilitazione, ulteriori archivi.* ***(195)***
2. *L'accesso ai flussi di dati di cui al comma 1 comprende la possibilità di trattamento dei dati sensibili a livello individuale, nominativo o comunque identificabile; detto trattamento avviene sotto la responsabilità dei responsabili delle strutture scientifiche, ognuno per le rispettive competenze, d'intesa con il responsabile di ciascun flusso, nei limiti e con le garanzie previsti dal d.lgs. 196/2003 e dalla l.r. 13/2006 .*
3. *Le strutture tecnico-scientifiche collaborano altresì su specifici progetti, anche attraverso apposite convenzioni, con le università toscane, il Consiglio nazionale delle ricerche, gli enti di ricerca e le società scientifiche di settore, di livello regionale, nazionale ed internazionale.*
4. *Le strutture tecnico-scientifiche sono dotate di adeguati strumenti di calcolo in rete con i sistemi informativi regionali e si raccordano a livello locale con i sistemi informativi delle province, dei comuni, delle società della salute e delle aziende sanitarie; si avvalgono, altresì, di collegamenti per la ricerca bibliografica informatizzata.*

Art. 82 vicies
Norme transitorie e finali ***(49)***

Abrogato.

Capo II
Consiglio sanitario regionale ***(655)***

Art. 83
Consiglio sanitario regionale ***(655)***

Abrogato.

Art. 84
Funzioni ***(655)***

Abrogato.

Art. 85
Organi ***(655)***

Abrogato.

Art. 86
Presidente ***(655)***

Abrogato.

Art. 87
Vice presidente ***(655)***

Abrogato.

Art. 88
Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni ***(655)***

Abrogato.

Art. 89
Assemblea. Composizione ***(655)***

Abrogato.

Art. 90
Assemblea. Funzioni ***(655)***

Abrogato.

Art. 91
Regolamento ***(655)***

Abrogato.

Art. 92
Articolazioni di funzioni e organi ***(655)***

Abrogato.

Art. 93
Struttura ***(655)***

Abrogato.

Art. 94
Indennità e rimborso spese ***(655)***

Abrogato.

Capo III
Commissione regionale di bioetica e comitati etici ***(656)***

Art. 95
Commissione regionale di bioetica ***(287)***

1. La commissione regionale di bioetica è un organismo tecnico-scientifico multidisciplinare, che elabora proposte ed esprime, a richiesta, pareri per la Giunta regionale ed il Consiglio regionale.
2. Si considerano pertinenti alla bioetica le tematiche di carattere deontologico, giuridico, etico inerenti alle attività sanitarie e di ricerca biomedica applicata alla persona umana poste in rapporto:
   a) alla tutela della dignità e della qualità della vita nel rispetto della libertà della persona;
   b) alla tutela del diritto alla salute;
   c) al trattamento delle sofferenze anche nella fase terminale della vita;
   d) ai principi organizzativi del servizio sanitario ed alla distribuzione delle risorse;
   e) al progresso delle scienze biomediche.

Art. 96
Funzioni della commissione regionale di bioetica

1. In particolare, la commissione regionale di bioetica:
   a) evidenzia la dimensione bioetica inerente alla pratica sanitaria, alla ricerca biomedica ed all'impatto socio-ambientale di quest'ultima;
   b) elabora strategie di intervento per la diffusione delle tematiche bioetiche fra gli operatori del servizio sanitario e fra gli assistiti, collaborando con la direzione generale competente della Giunta regionale, alla definizione di programmi annuali di formazione permanente e di educazione alla salute;
   c) esprime su richiesta degli organi regionali pareri su singoli provvedimenti legislativi o amministrativi;
   d) presta consulenza a favore di altri soggetti pubblici e privati sempre nel rispetto della finalità della commissione di favorire la diffusione delle tematiche bioetiche nell'ambito della società civile, con le modalità stabilite dalla Giunta regionale;
   e) ricerca e promuove rapporti con il comitato nazionale per la bioetica istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;
   f) *indirizza e promuove il coordinamento dell'azione dei comitati per l'etica clinica nonché, per quanto attiene alla ricerca biomedica, svolge funzioni di consulenza ed indirizzo in merito alla dimensione etica e di impatto socio ambientale della ricerca, collaborando sotto questo profilo con*

*il comitato etico regionale per la sperimentazione clinica; **(657)***

g) elabora proposte per la formazione dei componenti dei comitati etici locali;

h) provvede alla tenuta, secondo le disposizioni impartite nel merito dalla Giunta regionale, del registro regionale dei comitati etici di cui all'articolo 12-bis, comma 9 del decreto delegato; l'elenco dei comitati etici e dei relativi componenti è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana e sul sito web della Regione Toscana.

2. *L' Organismo toscano per il governo clinico **(658)*** e l'ARS, ove nelle materie trattate ravvisino aspetti o problemi di natura bioetica, si avvalgono della consulenza della commissione regionale di bioetica secondo la procedura prevista dalla presente legge.

3. Possono avvalersi della commissione regionale di bioetica gli ordini ed i collegi professionali operanti nel servizio sanitario regionale; a tal fine la Giunta regionale, sentiti gli organismi interessati, determina le modalità per realizzare tale collaborazione.

4. E' data facoltà alle aziende sanitarie toscane, tramite i direttori generali, di interpellare direttamente la commissione regionale di bioetica in ordine ad aspetti di natura bioetica inerenti le loro competenze.

5. La commissione regionale di bioetica, nelle tematiche di competenza, garantisce un servizio di documentazione a livello regionale, nonché svolge autonomamente programmi di studio e di ricerca e favorisce o intraprende iniziative di pubblico dibattito.

Art. 97

*Composizione della Commissione regionale di bioetica **(659)***

1. La Commissione regionale di bioetica è nominata dal Consiglio regionale ed è composta da:

a) dieci esperti in discipline attinenti ai temi della bioetica individuati nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 (Cittadinanza di genere);

b) un esperto per ciascuna delle seguenti discipline: filosofia, bioetica, diritto, psicologia, sociologia, infermieristica ed ostetricia, nonché un farmacista del servizio sanitario regionale;

c) dieci medici, in modo da garantire la rappresentatività delle discipline mediche maggiormente coinvolte nelle problematiche bioetiche;

d) i due vicepresidenti dell'Osservatorio per le professioni sanitarie;

e) il Difensore civico della Regione Toscana, o un funzionario del suo ufficio dallo stesso delegato;

f) un rappresentante delle associazioni di volontariato;

g) un rappresentante delle associazioni di tutela;

h) un esperto delle medicine complementari integrate.

2. I componenti di cui al comma 1, lettere b) e c), sono designati dal Presidente della Giunta regionale fra professionisti con documentata competenza e comprovata esperienza nel settore della bioetica e deontologia; i componenti di cui al comma 1, lettere f) e g), sono designati dagli organismi individuati con apposta deliberazione della Giunta regionale; il componente, di cui alla lettera h) è designato dalla direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, sentiti i centri di riferimento regionali.

3. Il Consiglio regionale procede alla nomina della Commissione regionale di bioetica non appena sia possibile nominare la maggioranza dei componenti.

4. Alla Commissione regionale di bioetica partecipa il Coordinatore dell'Organismo toscano per il governo clinico senza diritto di voto.

5. La Commissione regionale di bioetica può essere temporaneamente integrata, su proposta del presidente della Commissione, con ulteriori esperti di settore per l'esame di particolari tematiche disciplinari e altresì con rappresentanti delle confessioni religiose, da queste designati, per l'esame dei problemi con implicazioni di carattere religioso.

6. I membri che integrano la Commissione regionale di bioetica non hanno diritto di voto.

7. I componenti della Commissione regionale di bioetica restano in carica per la durata della legislatura regionale.

Art. 98

*Funzionamento della Commissione regionale di bioetica **(660)***

1. La Commissione regionale di bioetica nomina al suo interno il presidente, nella riunione di insediamento, a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

2. La Commissione regionale di bioetica può costituire un ufficio di presidenza, composto dal presidente, dal vicepresidente e da cinque membri eletti al proprio interno dall'assemblea; può inoltre costituire appositi gruppi di studio.

3. *La Commissione regionale di bioetica, con apposito regolamento, disciplina la propria organizzazione ed il relativo funzionamento.*

4. *Per lo svolgimento delle sue funzioni la Commissione regionale di bioetica è dotata di una segreteria amministrativa e di una segreteria scientifica. Per le funzioni di segreteria, la Commissione regionale di bioetica si avvale del nucleo di supporto regionale per le attività di bioetica e sperimentazione clinica di cui all'articolo 99 ter.*

5. *La partecipazione alla Commissione regionale di bioetica, anche da parte di eventuali esperti di settore e di rappresentanti delle confessioni religiose formalmente incaricati, non comporta la corresponsione di alcuna indennità di carica o di presenza.*

6. *Per i componenti e gli altri membri di cui al comma 5, che sono dipendenti del servizio sanitario regionale, il rimborso delle spese sostenute è posto a carico degli enti di provenienza.*

7. *Per i componenti e gli altri membri di cui al comma 5, che non sono dipendenti del servizio sanitario regionale, il rimborso delle spese sostenute è posto a carico della Giunta regionale ed è corrisposto nella misura prevista per i dirigenti regionali.*

8. *Ai soggetti di cui al comma 7, che non sono dipendenti regionali, è riconosciuto il rimborso delle spese per l'utilizzo del mezzo proprio nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa statale vigente. Ai soggetti di cui al comma 7, inquadrati nel ruolo unico regionale, si applicano le direttive emanate dalla Giunta regionale in applicazione dell'articolo 6, comma 12, del d.l. 78/2010 convertito dalla l. 122/2010.*

9. *Per i componenti della Commissione regionale di bioetica, dipendenti del servizio sanitario regionale, tale funzione è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro.*

Art. 99
Comitati per l'etica clinica ***(661)***

1. *I comitati per l'etica clinica sono organismi indipendenti e multidisciplinari di livello aziendale garanti dei diritti, della dignità e della centralità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie e strumenti di diffusione della cultura bioetica. Sono finalizzati all'esame degli aspetti etici attinenti alla programmazione e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare e supportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione bioetica del personale; la Commissione regionale di bioetica supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati per l'etica clinica.*

2. *La Giunta regionale, con proprio provvedimento, definisce la costituzione, la composizione e il funzionamento dei comitati per l'etica clinica, in applicazione delle normative nazionali ed europee in materia.*

3. *La partecipazione ai comitati per l'etica clinica non comporta la corresponsione di alcuna indennità di carica o di presenza. È fatto salvo il rimborso delle spese sostenute, che è posto a carico dell'azienda sanitaria presso cui è istituito il comitato. Per i componenti dei comitati per l'etica clinica dipendenti del servizio sanitario regionale tale funzione è considerata come attività istituzionale da svolgersi in orario di lavoro.*

Art. 99 bis
Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica ***(662)***

1. *Il Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica è un organismo indipendente volto a garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone inserite nei programmi di sperimentazione svolti nelle strutture del sistema sanitario regionale e a fornire pubblica garanzia di tale tutela. Con deliberazione della Giunta regionale sono stabilite le funzioni, la struttura organizzativa, anche con riferimento alla segreteria tecnico scientifica, e la composizione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica, in applicazione delle normative nazionali ed europee in materia e garantendo la tutela della specificità della popolazione pediatrica in questo ambito.*

2. *Nell'ipotesi di organizzazione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica in articolazioni territoriali e dedicate alla specificità della popolazione pediatrica, può essere istituito un ufficio di presidenza regionale con funzioni di coordinamento e raccordo delle attività svolte dalle relative articolazioni; per lo svolgimento delle sue funzioni l'ufficio di presidenza è dotato di una segreteria amministrativa e di una segreteria scientifica che supporta l'attività di coordinamento e di indirizzo tecnico regionale e le relative funzioni sono svolte dal nucleo di supporto alle attività regionali di bioetica e sperimentazione clinica.*

3. *Con proprio regolamento, il Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica disciplina l'organizzazione ed il funzionamento del Comitato stesso e delle sue articolazioni ai sensi della normativa vigente.*

4. La Giunta regionale, con propria deliberazione, disciplina la corresponsione della indennità di presenza e dei rimborsi spese spettanti ai componenti del Comitato etico per la sperimentazione clinica e delle sue articolazioni, secondo quanto previsto dalla disciplina nazionale.

Art. 99 ter

Nucleo di supporto alle attività regionali di bioetica e sperimentazione clinica ***(663)***

1. Il direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute costituisce uno specifico nucleo di supporto tecnico scientifico alle attività regionali di bioetica e di sperimentazione clinica. Il nucleo di supporto svolge le funzioni di:

a) coordinamento regionale e indirizzo degli interventi in materia di bioetica e sperimentazione clinica, in particolare con l'obiettivo di garantire coerenza e sinergia tra le funzioni regionali e quelle svolte dalla Commissione regionale di bioetica, dai comitati per l'etica clinica e dal Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica;

b) segreteria della Commissione regionale di bioetica e segreteria dell'ufficio di presidenza del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica;

c) monitoraggio e supporto alla programmazione delle attività di bioetica e sperimentazione clinica, con particolare riferimento alle attività di raccolta e analisi dei dati relativi alle attività regionali in materia di bioetica e sperimentazione clinica, "reporting" e comunicazione degli stessi;

d) supporto alla programmazione e alla realizzazione delle attività formative in materia di bioetica e sperimentazione clinica.

2. Il nucleo di supporto è composto da un coordinatore adeguatamente qualificato e specializzato nell'ambito della bioetica e dell'etica della sperimentazione clinica, di comprovata esperienza nella materia e nel ruolo, e da personale necessario allo svolgimento delle funzioni specifiche. Il nucleo di supporto utilizza personale di maturata esperienza, interno alla direzione regionale competente o agli enti del servizio sanitario regionale o agli enti che con esso o con la direzione competente collaborano per le materie specifiche.

3. Con deliberazione della Giunta regionale sono definite le linee di indirizzo per l'istituzione e il funzionamento del nucleo di supporto alle attività di bioetica e sperimentazione clinica.

Capo IV
Ente di supporto tecnicoamministrativo regionale ***(335)***

Art. 100

Istituzione e natura giuridica ***(336)***

1. E' istituito, a decorrere dal 1° ottobre 2014, l'ESTAR per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie, degli enti del servizio sanitario regionale e delle società della salute.

2. L'ESTAR è ente del servizio sanitario regionale, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica, attraverso il quale la Regione attua le proprie strategie di intervento nel servizio sanitario regionale per le funzioni previste dall'articolo 101, comma 1.

3. L'organizzazione dell'ESTAR prevede:

a) un dipartimento di supporto tecnico-amministrativo per la gestione interna dell'ente;

b) dipartimenti di livello regionale per la gestione delle funzioni di cui all'articolo 101, comma 1;

c) sezioni territoriali di area vasta, cui afferiscono le articolazioni territoriali dei diversi dipartimenti di livello regionale.

4. A ciascun dipartimento di livello regionale di cui al comma 3, lettera b), è preposto un direttore che assicura l'attuazione del programma di attività per la funzione per la quale gli è attribuita la direzione.

5. A ciascuna sezione territoriale di area vasta di cui al comma 3, lettera c), è preposto un referente del direttore generale, individuato fra i dirigenti dell'ente, che garantisce il coordinamento organizzativo delle funzioni gestite dall'ente nel territorio e rappresenta la direzione aziendale nel contesto di riferimento, assicurando l'interfaccia con il coordinamento di area vasta, le aziende sanitarie e gli enti del servizio sanitario regionale.

Art. 101

Competenze e attribuzioni

1. L' ESTAR è competente in materia di:

a) approvvigionamento di beni e servizi;

b) magazzini e logistica distributiva;

c) tecnologie dell'informazione e della comunicazione;

d) tecnologie sanitarie;

e) procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale;

f) processi per il pagamento delle competenze economiche del personale afferente al servizio sanitario regionale;

g) gestione delle procedure di gara per la manutenzione, alienazione, concessione e locazione del patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie. ***(337)***

1 bis. L'ESTAR garantisce sulla base degli indirizzi regionali ***(555)*** *:*

a) la coerenza della programmazione delle proprie attività con la programmazione regionale, di area vasta, delle aziende sanitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale; ***(556)***

b) l'unitarietà a livello regionale della gestione dei processi relativi alle funzioni di cui all'articolo 101, comma 1;

c) l'ottimizzazione delle risorse all'interno dei dipartimenti di cui all'articolo 100, comma 3, lettera b), sviluppando le localizzazioni territoriali necessarie per ciascuna funzione sulla base della tipologia di attività;

d) i livelli territoriali di intervento che si rendano necessari per la funzionalità operativa, sviluppandoli secondo principi di standardizzazione e omogeneità;

e) lo sviluppo di modelli organizzativi dell'ente ***(555)*** *volti all'individuazione di strutture ad alta specializzazione;*

f) la partecipazione ai lavori della commissione di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies. ***(337)*** ***(556)***

1 ter. *Abrogato.* ***(338)*** ***(370)***

2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, può prevedere il conferimento *all' ESTAR* ***(339)*** di ulteriori funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie, rispetto a quelle indicate al comma 1.

3. L'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, *lettere c), f), g)* ***(339)*** e di cui al comma 2, ove riferito alle aziende ospedaliero-universitarie, è subordinato, all'approvazione di appositi accordi tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'università interessata.

3 bis. L'ESTAR può svolgere procedure di gara per l'affidamento dei servizi socio-sanitari su richiesta delle società della salute e, dove non costituite, su richiesta delle ***(626)*** *aziende unità sanitarie locali, previa intesa fra quest'ultime e tutti gli enti locali direttamente interessati.* ***(340)***

3 ter. *Al fine di promuovere ulteriormente l'efficienza e l'operatività delle competenze di cui al comma 1 lettere c) e d), l'ESTAR promuove azioni finalizzate all'integrazione funzionale delle esperienze innovative attive in Toscana in tali ambiti, anche valorizzando formule societarie o consortili per le quali sussistono i requisiti previsti dalla legge per gli affidamenti in house.* ***(387)***

4. *L' ESTAR fa parte della rete telematica toscana ai sensi dell'articolo 8, comma 2 della legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1 (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana); esso concorre, con gli strumenti e le modalità ivi previste, al raggiungimento degli obiettivi indicati nell'articolo 10 della stessa l.r. 1/2004 e contribuisce, attraverso il coordinamento delle politiche e delle attività di sviluppo del settore, alla promozione della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale.* ***(337)***

4 bis. Nel rispetto del d.lgs. 196/2003, la Giunta regionale provvede, con propria deliberazione, a definire i criteri e le modalità del sistema di relazioni tra l'ESTAR e le aziende sanitarie in ordine ai trattamenti di dati correlati alle funzioni di cui al comma 1. ***(340)***

5. *L'ESTAR può,* ***(339)*** previa stipula di apposite convenzioni, prestare i loro servizi anche a favore di altri soggetti *pubblici del servizio sanitario nazionale.* ***(292)***

Art. 101.1
Acquisto beni e servizi ***(341)*** ***(370)***

1. L'ESTAR concorre alla definizione delle strategie di acquisto di beni e servizi occorrenti alle aziende sanitarie, con cui determina i relativi fabbisogni in stretta condivisione e coerenza con le indicazioni regionali orientate all' appropriatezza d'uso e alla compatibilità economico-finanziaria.

2. L'ESTAR organizza la programmazione annuale dell'attività contrattuale al fine di razionalizzare gli acquisti ed ottimizzarne i costi, attraverso processi coerenti con la tipologia di bene o servizio e garantendo livelli regionali di aggregazione del fabbisogno.

3. La programmazione annuale delle attività può altresì individuare aree di intervento nelle quali il livello ottimale di aggregazione dia adeguata risposta ad un diverso e più ristretto ambito territoriale, in particolare per quanto attiene a gare relative a servizi ed altri settori merceologici diversi da farmaci, dispositivi medici e beni economali.

4. L'ESTAR opera quale centrale di committenza ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) e dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007"), per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie ed é pertanto soggetto a tutte le disposizioni nazionali e regionali che disciplinano gli acquisti delle aziende stesse. L'ESTAR, nel rispetto di tali normative, può altresì operare per conto delle società della salute. ***(627)***

5. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 274 del decreto del Presidente della Repubblica 5 ottobre 2010, n. 207 (Regolamento di esecuzione ed attuazione del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, recante "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE"), nonché in conformità alla legge regionale 17 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro), disciplina con regolamento l'esercizio dell'attività contrattuale dell'ESTAR quale centrale di committenza del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento ai seguenti ambiti: ***(685)***

a) requisiti di professionalità e modalità di nomina del responsabile unico del procedimento e del direttore dell'esecuzione, anche in relazione ai rapporti organizzativi tra l'ESTAR e le aziende sanitarie, al fine di garantire la razionalizzazione delle attività amministrative connesse alle funzioni tecniche trasferite e l'ottimale impiego delle risorse nell'ambito del servizio sanitario regionale;

b) funzioni di competenza del responsabile unico del procedimento e del responsabile del procedimento per la fase di esecuzione dei contratti, anche per le finalità di cui alla lettera a);

c) modalità di costituzione dei collegi tecnici e delle commissioni di gara;

d) modalità di esecuzione e competenze in relazione agli adempimenti di comunicazione all'Osservatorio regionale sui contratti pubblici di cui all'articolo 8 della l.r. 38/2007.

Art. 101 bis
Procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale ***(57)***

1. L' ESTAR ***(342)*** *può espletare concorsi e procedure selettive in forma unificata per il reclutamento del personale delle aziende sanitarie comprese in ciascuna area vasta.* ***(342)*** *In tale ipotesi si applica la normativa concorsuale vigente per il personale del servizio sanitario, fatto salvo quanto previsto dalle seguenti disposizioni:*

a) *le funzioni relative alla scelta ed alla designazione del presidente e dei componenti delle commissioni che la disciplina vigente attribuisce rispettivamente al direttore generale e al collegio di direzione dell'azienda sanitaria, sono attribuite al direttore generale ed al collegio di direzione dell'azienda sanitaria che per prima ha richiesto l'espletamento del concorso;* ***(715)***

b) *il presidente ed i componenti delle commissioni per i sorteggi di componenti delle commissioni esaminatrici sono individuati tra il personale amministrativo delle aziende dell'area vasta e dell'ESTAR;* ***(342)***

c) *i presidenti delle commissioni esaminatrici e quei componenti delle stesse che la disciplina vigente prevede vengano nominati tra il personale in servizio nella singola azienda, sono individuati tra il personale in servizio nelle aziende dell'area vasta;*

d) *nei casi in cui la disciplina vigente prevede che il direttore amministrativo o il direttore sanitario siano componenti di commissioni, essi sono individuati fra le corrispondenti figure delle aziende dell'area vasta;*

e) *le funzioni di segretario delle commissioni sono svolte da un dipendente amministrativo delle aziende dell'area vasta oppure dell' ESTAR.* ***(343)***

2. *Le graduatorie dei concorsi e delle selezioni espletati dall'ESTAR, ancorché in forma non unificata, sono utilizzate da tutte le aziende sanitarie comprese nell'area vasta. Alle graduatorie possono attingere anche le aziende sanitarie delle altre aree vaste.* ***(344)***

Art. 102
Organi

1. Sono organi *dell'ESTAR:* ***(345)***

a) il direttore generale;

b) il consiglio direttivo;

c) il collegio sindacale.

Art. 103
Direttore generale

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale *dell' ESTAR,* ***(346)***

in particolare:

a) predispone i programmi di attività e gli atti di bilancio;

b) adotta i provvedimenti in materia di personale e di utilizzo delle risorse finanziarie;

c) adotta il regolamento generale di cui all' articolo 107 e gli altri regolamenti previsti dalla legge e ne cura l'attuazione.

2. Il direttore generale esercita le proprie attribuzioni direttamente o attraverso la delega ai soggetti e con le modalità disciplinate dal regolamento generale di organizzazione; non possono essere delegati gli atti relativi alle nomine di cui agli articoli 105 e 106, all'adozione del bilancio e dei programmi annuali e triennali, all'attribuzione delle responsabilità delle strutture organizzative *dell' ESTAR.* ***(346)***

3. *Le modalità di nomina, i requisiti soggettivi, le cause di incompatibilità, le cause di inconferibilità e quelle di decadenza del direttore generale dell'ESTAR, nonché le modalità di sostituzione nel caso di dimissioni o morte sono le stesse previste per i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali.* ***(347)***

3.1. L'incarico ha una durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni. ***(559)***

3.2. Al rapporto di servizio del direttore generale dell'ESTAR si applicano le disposizioni di cui all'articolo 37, comma 7 ter. ***(559)***

3 bis. *Annualmente l'operato del direttore generale viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione, con particolare riferimento alla efficacia dei risultati, al livello di servizio reso alle aziende sanitarie e agli enti del servizio sanitario regionale e alla efficienza della struttura.* ***(348)***

3 ter. *Abrogato.* ***(560)***

4. *Abrogato.* ***(17)***

5. *Il direttore dell'ESTAR, qualora dipendente* ***(349)*** della Regione, di un ente o di una azienda regionale ovvero di un azienda sanitaria con sede nel territorio della regione stessa, *è collocato* ***(349)*** in aspettativa senza assegni, con diritto al mantenimento del posto.

Art. 104
Consiglio direttivo

1. *Il consiglio direttivo è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie della Toscana.* ***(350)***

2. Sono compiti del consiglio direttivo:

a) approvare i programmi annuale e pluriennale di attività;

b) approvare la relazione annuale sull'attività svolta;

c) esprimere parere sugli atti di bilancio di cui all'articolo108;

d) esprimere parere sui regolamenti di cui all'articolo 103, comma 1, lettera c). ***(18)***

d bis) *esprime parere sugli altri atti di gestione individuati con deliberazione della Giunta regionale.* ***(351)***

3. Il consiglio direttivo provvede a nominare al proprio interno un presidente che convoca le riunioni del consiglio stesso e fissa, d'intesa con il direttore generale, l'ordine del giorno.

4. *Alle sedute del consiglio direttivo partecipano il direttore generale dell'ESTAR ed il direttore generale della direzione regionale competente per materia senza diritto di voto.* ***(350)***

5. Gli atti di cui al comma 2, lettere a), b) e c) sono trasmessi alla Giunta regionale.

Art. 105
Collegio sindacale

1. Il collegio sindacale è composto da tre membri iscritti nel registro dei revisori contabili, di cui due designati *dal Consiglio regionale* ***(19)*** ed uno dal consiglio direttivo.

2. Il collegio è nominato dal direttore generale dell' *ESTAR,* ***(352)*** dura in carica tre anni ed i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.

3. Entro dieci giorni dalla nomina, il direttore generale dell' *ESTAR* ***(352)*** convoca i sindaci revisori; nella prima seduta il collegio sindacale procede alla elezione tra i propri componenti del presidente, che provvede alla successive convocazioni.

4. Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il membro del collegio sindacale che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive è decaduto dall'ufficio.

5. Il collegio sindacale esercita funzioni di controllo e di verifica contabile con i poteri e secondo le modalità previste dall' articolo 42 per i sindaci revisori delle aziende sanitarie.

6. Il trattamento economico dei membri del collegio sindacale è lo stesso previsto dall' articolo 41 , comma 6, per i sindaci revisori delle aziende sanitarie.

Art. 106
Direttore amministrativo ***(353)***

1. Nell'esercizio delle proprie funzioni il direttore generale dell'ESTAR si avvale della collaborazione di un direttore amministrativo, che esprime parere obbligatorio sugli atti dell'ente.

2. Il direttore amministrativo è in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3, comma 7 del decreto delegato ed è nominato dal direttore generale dell'ESTAR con provvedimento motivato; al direttore amministrativo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 40, commi 10, 11 e 12, e all'articolo 40 bis ***(716)*** *.* ***(561)***

2 bis. Al direttore amministrativo dell'ESTAR si applica la disposizione di cui all'articolo 103, comma 5. ***(562)***

Art. 106 bis
Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo ***(20)***

1. Gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo sono regolati da contratti di diritto privato, redatti secondo schemi-tipo approvati, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale e dalla Giunta regionale, con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo III, del codice civile.

2. Il trattamento economico del direttore generale e del direttore amministrativo non può superare quello previsto dalla normativa vigente per il direttore generale e per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.

3. Gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo hanno carattere di esclusività, non sono compatibili con cariche pubbliche elettive o di nomina e sono subordinati, per i dipendenti pubblici, al collocamento in aspettativa senza assegni o fuori ruolo. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza, nonché dell'anzianità di servizio, e i relativi oneri contributivi, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito, sono a carico del bilancio dell'ESTAR.

4. Nel caso in cui gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo siano conferiti a un dipendente della Regione o di un ente del servizio sanitario regionale o di un altro ente regionale, l'amministrazione di appartenenza provvede a effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali sull'intero trattamento economico corrisposto dall'ESTAR, comprensivi delle quote a carico del dipendente e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da essa sostenuto all'ESTAR, che procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

5. Nel caso in cui gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo siano conferiti a un dipendente di altra amministrazione pubblica, l'amministrazione di appartenenza provvede ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, comprensivi delle quote a carico del dipendente, sulla base della retribuzione che il dipendente percepiva all'atto del collocamento in aspettativa o alla quale avrebbe avuto diritto, secondo la normale progressione economica all'interno dell'amministrazione stessa, se fosse rimasto in servizio, comprensivi delle quote a carico del dipendente, richiedendo successivamente all'ESTAR il rimborso di tutto l'onere sostenuto. Qualora il trattamento economico effettivamente corrisposto per l'incarico conferito sia superiore alla retribuzione figurativa già assoggettata a contribuzione da parte dell'amministrazione di appartenenza, l'ESTAR provvede autonomamente ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali ed assistenziali dovuti su tale differenza.

6. Il trattamento contributivo di cui ai commi 4 e 5 esclude ogni altra forma di versamento.

Art. 107
Organizzazione

1. L'organizzazione ed il funzionamento *dell'ESTAR* ***(355)*** sono disciplinati da apposito regolamento generale; nel regolamento sono individuati:

a) la sede legale dell'ente;

b) la tipologia, le modalità di costituzione e l'articolazione delle strutture nel rispetto del principio di un unico dipartimento per ciascuna funzione o gruppi di funzioni di cui all'articolo 101, comma 1, in conformità a quanto previsto dall'articolo 100, comma 3; ***(198)***

c) i soggetti destinatari delle deleghe e le modalità di conferimento delle stesse;

d) le procedure per la sostituzione, in caso di assenza o impedimento, del direttore generale e del direttore amministrativo;

d bis) le modalità di funzionamento del consiglio direttivo. ***(356)***

e) le forme di pubblicità degli atti.

1 bis. *Lo schema del regolamento generale e delle eventuali successive modifiche e integrazioni è trasmesso alla Giunta regionale al fine di acquisirne il parere. La Giunta regionale esprime il proprio parere entro il termine di sessanta* ***(199)*** *giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale si può procedere all'approvazione.* ***(21)***

2. *Qualora, per l'esercizio delle proprie funzioni, l' ESTAR abbia* ***(355)*** *necessità di costituire organismi tecnico-professionali o gruppi di lavoro con la presenza di personale sanitario, il relativo personale è messo a disposizione dalle aziende di riferimento secondo forme e modalità disciplinate da specifici accordi.* ***(22)***

Art. 108
Patrimonio, contabilità e contratti ***(316)***

1. *Fatto salvo quanto previsto dal presente articolo, la gestione del patrimonio, l'ordinamento contabile e l'attività contrattuale dell' ESTAR* ***(357)*** *sono disciplinati dal titolo VIII.*

2. *Il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio preventivo economico annuale sono adottati sulla base del programma pluriennale e del programma annuale di attività che esplicitano i contenuti funzionali dei servizi svolti e le loro prospettive di sviluppo nei periodi considerati. Nell'elaborazione dei programmi di attività l' ESTAR si conforma* ***(357)*** *agli indirizzi eventualmente impartiti dalla Giunta regionale.*

3. *Il direttore generale dell'ESTAR* ***(358)*** *adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio economico preventivo annuale, corredati dei programmi di cui al comma 2, entro il 15 novembre di ogni anno e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale. La Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

4. *Il direttore generale dell'ESTAR* ***(358)*** *adotta il bilancio di esercizio entro il 15 aprile di ogni anno e lo trasmette, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale, che lo approva entro il 31 maggio. Al bilancio di esercizio è allegata una relazione consuntiva sull'attività svolta, nonché la relazione del collegio sindacale.*

5. *I bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.*

6. *La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell'azienda un termine non superiore a quindici giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio.*

Art. 109
Finanziamento ***(359)***

1. *Per lo svolgimento della propria attività l'ESTAR utilizza:*
   - *a) finanziamenti assegnati dalla Regione, a carico del fondo sanitario regionale, per la copertura dei costi relativi al personale dipendente dell'ente;*
   - *b) finanziamenti assegnati dalla Regione, a carico del fondo sanitario regionale, per la copertura dei costi relativi al funzionamento dell'ente, diversi da quelli di cui alla lettera a);*
   - *c) finanziamenti assegnati dalla Regione, a carico del fondo sanitario regionale, per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 101;*
   - *d) corrispettivi per cessione di beni e servizi resi alle aziende ed agli altri enti del servizio sanitario regionale, nell'ambito delle funzioni di cui all'articolo 101 e non previste nella programmazione degli investimenti di cui al comma 2;* ***(563)***
   - *e) eventuali corrispettivi per servizi e prestazioni diversi da quelli di cui all'articolo 101, resi alle aziende ed agli altri enti del servizio sanitario regionale.*

2. *I finanziamenti assegnati dalla Regione per le funzioni di cui all'articolo 101, comma 1, lettera c), sono determinati annualmente dalla Giunta regionale sulla base di un programma operativo predisposto dall'ESTAR, previo parere della commissione di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies, e relativi sia alle spese correnti sia agli investimenti per i progetti previsti nel programma di cui al presente comma.* ***(563)***

Art. 110
Personale

1. Al personale dipendente *dell'ESTAR* ***(360)*** si applica il trattamento giuridico ed economico previsto per i dipendenti del servizio sanitario nazionale.

2. Il personale *dell'ESTAR* ***(361)*** è assunto secondo la normativa vigente, previa verifica della disponibilità di personale presso le aziende sanitarie di riferimento ed espletamento delle procedure di mobilità del personale in servizio presso le aziende del servizio sanitario regionale.

Titolo VIII
PATRIMONIO, CONTABILITA' E CONTRATTI

Capo I
Patrimonio

Art. 111
Trasferimento dei beni

1. Con decreti del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione del Consiglio regionale, dalla Giunta regionale , sono trasferiti, con i criteri e le modalità di cui ai commi 3, 4 e 5, alle aziende sanitarie i beni facenti parte del patrimonio dei comuni che alla data del 31 marzo 1996 presentino i requisiti di cui al comma 2 e per i quali non sono state attivate le procedure di trasferimento ai sensi della normativa regionale in vigore alla medesima data.
2. Sono trasferiti alle aziende sanitarie i beni di proprietà dei comuni che presentino i seguenti requisiti:
   a) destinazione e scopi esclusivamente sanitari;
   b) beni immobili ad utilizzazione promiscua, con destinazione e scopi esclusivamente sanitari per la parte prevalente del bene;
   c) individuazione in programmi di investimento finanziati con risorse sanitarie e deliberati dal Consiglio regionale.
3. Sono altresì trasferiti, con le modalità di cui al comma 1, i beni da reddito e i beni mobili iscritti negli inventari delle aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data del 31 marzo 1996 per i quali non risultano attivate le procedure di trasferimento ai sensi della normativa regionale in vigore alla medesima data, ovvero i beni da reddito e i beni mobili iscritti negli inventari delle aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data di entrata in vigore della presente legge.
4. Ai fini dell'attivazione delle procedure di cui al comma 1 per i beni per i quali dette procedure non risultino ancora iniziate, i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali deliberano un atto ricognitivo dei beni di cui al presente articolo, distintamente indicati per le singole categorie, con la specificazione del valore dei beni stessi e dei riferimenti catastali; tale atto è trasmesso alla Giunta regionale e al sindaco del comune sul cui territorio si trova il bene immobile il quale, sentita la *conferenza aziendale dei sindaci, **(200)*** esprime il proprio parere alla Giunta regionale stessa nei trenta giorni successivi alla data di ricevimento.
5. Il parere di cui al comma 4 è obbligatoriamente espresso in merito:
   a) ai beni appartenenti o comunque in dotazione ai comuni destinati a servizi igienico sanitari e costituenti beni di prima dotazione delle unità sanitarie locali alla data del 24 maggio 1980, ai sensi della normativa regionale vigente alla medesima data;
   b) ai beni acquisiti dai comuni successivamente alla data di cui alla lettera a) con autonome fonti di finanziamento;
   c) ai beni sede delle aziende farmaceutiche provenienti dai disciolti enti ospedalieri, indipendentemente dalle forme giuridiche utilizzate per la loro gestione;
   d) ai beni su cui deve essere posto un vincolo di destinazione ai sensi del piano integrato sociale.
6. Nel caso in cui il parere del sindaco di cui al comma 5, non sia in tutto o in parte, favorevole o non sia reso nei termini prescritti, la Giunta regionale convoca il sindaco o i sindaci dei comuni ove sono posti i beni da individuare ai fini del trasferimento e il direttore generale della azienda sanitaria interessata, al fine di acquisire il parere non espresso ovvero al fine di comporre le divergenti posizioni; la Giunta regionale, esperite le procedure dei commi 5 e 6, propone al Consiglio regionale apposito atto deliberativo motivato per la definitiva destinazione dei beni da trasferire.
7. Il Presidente della Giunta regionale adotta previa deliberazione del Consiglio regionale di cui al comma 6 i decreti per il conseguente trasferimento alle aziende sanitarie dei beni individuati ai sensi dei commi 4, 5 e 6.
8. Le aziende sanitarie ed i comuni, sulla base degli elenchi dei beni da trasferire deliberati dal Consiglio regionale, trasmettono alla Giunta regionale i dati necessari alla predisposizione dei decreti di trasferimento e curano gli eventuali aggiornamenti catastali.
9. I decreti di trasferimento costituiscono titolo, ai sensi dell'articolo 5, comma 3 del decreto delegato, per le conseguenti trascrizioni, registrazioni e volture e per tutti gli altri atti connessi al trasferimento ai quali provvede l'azienda sanitaria nei termini di legge.
10. I beni sono trasferiti nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano alla data di emanazione del decreto di trasferimento.
11. I beni trasferiti ai sensi del presente articolo, che si trovino nella disponibilità dei comuni, sono

consegnati all'azienda sanitaria entro sessanta giorni dall'emanazione del decreto di trasferimento; della consegna è redatto apposito verbale sottoscritto dal sindaco e dal direttore generale dell'azienda sanitaria.

Art. 112
Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti

1. Sono attribuiti alle aziende sanitarie tutti i rapporti giuridici connessi ai beni loro trasferiti.
2. Alla ricognizione dei rapporti trasferiti si provvede in sede di consegna alle aziende sanitarie e mediante redazione di apposito verbale sottoscritto dal sindaco e dal direttore generale dell'azienda sanitaria.

Art. 113
Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti

1. Salvo quanto stabilito dal comma 2 e dall' articolo 111 , comma 11, i beni di proprietà dei comuni, di cui all' articolo 111 , sono trasferiti alla azienda unità sanitaria locale nel cui ambito territoriale di riferimento hanno sede.
2. Sono trasferiti alla rispettiva azienda ospedaliero- universitaria, i beni che, in base alla destinazione economico gestionale afferivano al presidio ospedaliero trasformato in azienda ai sensi della normativa regionale; sono altresì trasferiti all'azienda ospedaliero- universitaria quei beni da reddito che, già vincolati all'unità sanitaria locale di afferenza del medesimo presidio ospedaliero, provengono dall'originario ente ospedaliero da cui l'azienda trae origine.

Art. 114
Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio

1. Per i beni immobili sia strumentali che da reddito le aziende sanitarie comunicano alla Giunta regionale le iniziative di trasferimento a terzi di diritti reali che intendono adottare ai sensi dell'articolo 5, comma 2 del decreto delegato, nonché le iniziative di dismissione dalle funzioni istituzionali di beni strumentali; la Giunta regionale, nei quaranta giorni dalla comunicazione, può interdire l'iniziativa motivando in relazione ai previsti risultati di gestione o alle indicazioni del *piano sanitario e sociale integrato regionale;* ***(201)*** si prescinde dal procedimento di cui al presente comma qualora la specifica iniziativa sia stata già prevista negli atti di programmazione aziendale o nel bilancio pluriennale dell'azienda.
2. Le aziende sanitarie provvedono allo smobilizzo dei beni da reddito e dei beni immobili dismessi dalle funzioni istituzionali; a tal fine gli atti di programmazione aziendale ed il bilancio pluriennale prevedono l'alienazione di tali beni, quali risultino di proprietà dell'azienda al momento dell'adozione del piano, e, salvo il rispetto degli equilibri di bilancio, dispongono che i relativi proventi siano utilizzati per finanziare il programma degli investimenti; le previsioni di smobilizzo vincolano i successivi piani aziendali e bilanci pluriennali.
3. Le aziende sanitarie possono accettare la donazione di attrezzature complete ovvero di somme di denaro destinate all'acquisto di determinate attrezzature soltanto qualora esista un mercato concorrenziale per l'acquisto dei materiali di consumo connessi alla loro utilizzazione o, comunque, qualora il loro acquisto sia stato previsto nel piano attuativo e nel bilancio pluriennale già adottati.
4. Il comodato di attrezzature è consentito esclusivamente per poter svolgere sperimentazioni di comune interesse del comodante e del comodatario; il comodato di beni può comunque costituire oggetto accessorio del contratto concernente la fornitura dei relativi materiali di consumo.

Art. 115
Procedura di alienazione dei beni immobili

1. Per poter avviare gli adempimenti per l'alienazione dei beni immobili è necessaria l'adozione da parte del direttore generale dell'azienda sanitaria di un provvedimento che, in conformità alle previsioni dei piani attuativi e del bilancio pluriennale, individua i beni da alienare indicando il prezzo di stima e la procedura da adottare.
2. I beni immobili sono alienati con offerta al pubblico; dell'alienazione è dato pubblico avviso sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana e almeno su due quotidiani nazionali, di cui uno avente particolare diffusione sul territorio regionale; l'azienda sanitaria può attuare ulteriori forme di pubblicità in ordine all'alienazione.
3. Il pubblico avviso contiene la descrizione del bene, il prezzo di stima, le modalità di svolgimento della procedura di alienazione, l'individuazione del responsabile del procedimento nonché il termine per la presentazione delle offerte.
4. Ai fini dell'aggiudicazione non sono ammesse offerte inferiori al prezzo di stima.

5. L'alienazione è disposta a favore del soggetto che ha offerto il miglior prezzo, fermo restando il diritto di prelazione da esercitare nei casi e con le modalità previsti dalla vigente legislazione.

6. Ove siano presentate offerte da parte di enti locali nel cui territorio insiste il bene, ovvero di altre amministrazioni pubbliche, queste, purché ammissibili ai sensi dei commi 4 e 5, prevalgono in caso di parità, fermo restando il diritto di prelazione di cui al comma 5 sulle offerte presentate da privati.

7. In caso di concorrenza di offerte di pari valore da parte di più soggetti di cui ai commi 5 e 6, l'azienda sanitaria procede mediante trattativa privata tra i medesimi e aggiudica il bene alla migliore offerta.

8. In caso di mancata presentazione di offerte o in presenza solo di offerte inammissibili, l'azienda sanitaria può procedere all'alienazione a trattativa privata, anche ad un prezzo inferiore a quello di stima, purché congruo al valore dell'immobile.

9. I beni immobili possono essere alienati altresì a trattativa privata in presenza di specifiche clausole di urgenza riferite all'esigenza di dover assicurare efficacia ed efficienza all'attività aziendale; a tal fine, il direttore generale dell'azienda sanitaria avvia la relativa procedura attraverso l'adozione di apposito provvedimento motivato che giustifica il ricorso alla procedura predetta con riguardo all'esigenza di assicurare immediate risorse finanziarie da destinare al completamento dei programmi di investimento; con la predetta deliberazione sono specificate le caratteristiche del bene di cui al comma 3 nonché sono indicati i soggetti da interpellare di cui almeno due pubblici, nonché, obbligatoriamente, la provincia ed il comune sul cui territorio insiste il bene stesso.

10. Le aziende sanitarie possono comunque procedere all'alienazione dell'immobile a trattativa privata, al prezzo di stima, in favore di altro ente pubblico od in favore di organizzazioni di volontariato, che svolgono attività a carattere socio sanitario, iscritte nel registro regionale di cui alla legge 11 agosto 1991, n.266 n(legge-quadro sul volontariato) ed alla legge regionale 26 aprile 1993, n. 28 (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici - Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato), modificata dalla legge regionale 15 aprile 1996, n. 29 e da ultimo modificata dalla legge regionale 2 aprile 2002, n. 11, nei casi in cui la destinazione a fini pubblici dell'immobile stesso sia prevista negli atti di programmazione regionale, o sia oggetto di specifiche iniziative di programmazione negoziata. ***(202)***

10 bis. Gli immobili alienati alle organizzazioni di volontariato non sono suscettibili di ulteriore alienazione per un periodo di almeno trenta anni dalla data di acquisizione, salvo deroga autorizzata dalla Giunta regionale ove permangano rispetto al nuovo acquirente tutte le condizioni previste dal comma precedente. ***(203)***

11. Le disposizioni del presente articolo non si applicano agli apporti e alle vendite di beni immobili e diritti reali su beni immobili a fondi immobiliari chiusi istituiti ai sensi della legge regionale 20 gennaio 1999, n. 2 (Interventi della Regione in materia di fondi immobiliari chiusi).

Art. 115 bis
Patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie ***(244)***

1. Il patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie è costituito:

a) dai beni trasferiti alle aziende ai sensi dell'articolo 113, comma 2;

b) dai beni demaniali, o comunque in uso gratuito e perpetuo alle università, nonché dai beni immobili e mobili di proprietà delle università, già destinati in modo prevalente ad attività assistenziali, concessi a titolo gratuito alle aziende in conformità di quanto previsto dall'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n.419).

2. Secondo quanto disposto dall'articolo 8 del d.lgs. 517/1999, le aziende ospedaliero-universitarie assumono a proprio carico gli oneri di manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni di cui al comma 1, lettera b).

3. Eventuali interventi di ristrutturazione o di demolizione e conseguente ricostruzione dei beni immobili di cui al comma 1, lettera b), sono effettuati, in coerenza con il programma aziendale di edilizia sanitaria, sulla base di specifiche intese con le università proprietarie dei beni stessi, volte a definire le modalità di realizzazione degli interventi, i relativi oneri economici ed il regime giuridico dei beni stessi a seguito degli interventi edilizi.

4. Nell'ambito delle intese di cui al comma 3, le aziende ospedaliero-universitarie possono concordare con le università l'acquisto della proprietà dei beni, qualora ciò risulti opportuno e conveniente per la ottimale gestione economico-finanziaria dell'intervento.

5. Nel caso di cui al comma 4, il valore dell'immobile è calcolato al netto del valore degli interventi di manutenzione eventualmente già eseguiti sull'immobile stesso dall'azienda ospedaliero-universitaria con fondi propri, regionali o nazionali.

Art. 116

Inventario dei beni immobili e mobili

1. I beni immobili e mobili, che costituiscono immobilizzazioni materiali, sono descritti in separati registri inventariali, la cui tenuta è disciplinata, in conformità alle disposizioni del presente articolo, dal regolamento interno adottato dal direttore generale di ciascuna azienda sanitaria.
2. L'iscrizione nei registri inventariali deve mantenere distinti i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali dell'azienda da quelli in altro modo utilizzati.
3. Agli effetti della inventariazione, sono assimilati ai beni immobili le opere d'arte facenti parte integrante degli stessi, ed ai beni mobili le attrezzature sanitarie e tecniche ancorché connesse in modo stabile a beni immobili; ai medesimi effetti i beni mobili sono classificati in maniera da tenere distinti:
   a) il mobilio per uso sanitario da quello per uso d'ufficio;
   b) le attrezzature, gli apparecchi e gli strumenti sanitari dalle attrezzature, dai macchinari tecnici ed economali, dalle macchine per ufficio e dagli automezzi;
   c) i libri, le riviste e le pubblicazioni scientifiche dalle altre variamente attinenti la materia sanitaria, comunque in dotazione a biblioteche delle aziende;
   d) le opere d'arte, non facenti parte integrante di immobili, dai beni che rivestono interesse storico, culturale o scientifico.
4. Gli inventari riportano, in ordine rispettivamente ai beni immobili ed a quelli mobili:
   a) numero progressivo e data di carico;
   b) denominazione, descrizione e caratteristiche;
   c) stato di conservazione;
   d) estensione, per i beni immobili, e quantità, per i beni mobili;
   e) ubicazione, titolo di provenienza ed altri dati catastali relativi ai beni immobili;
   f) servitù, pesi ed oneri di cui il bene immobile è gravato;
   g) valore determinato ai sensi dell' articolo 124 , comma 3;
   h) processo produttivo cui il bene è destinato ad articolazione organizzativa che ha preso in carico il bene stesso.
5. I registri inventariali sono oggetto di aggiornamento ogni qual volta si verifichino variazioni nei dati concernenti i singoli beni e comunque, per quanto attiene al loro valore, alla chiusura di ciascun esercizio, in riferimento alle risultanze emerse in sede di redazione del bilancio di esercizio.
6. Gli uffici preposti alla tenuta degli inventari provvedono alla cancellazione dei singoli beni sulla base degli atti che ne abbiano accertato la perdita, trasferito la proprietà o dichiarato il fuori uso.
7. Nella procedura di dichiarazione di fuori uso i beni mobili, che rivestono interesse ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica, devono essere scaricati dal relativo inventario e riclassificati, ai fini della inventariazione, secondo i criteri di cui al comma 3; nella procedura di alienazione o di trasferimento di proprietà si tiene conto anche del valore posseduto dai beni in ordine agli aspetti di documentazione storico culturale e scientifica.
8. Le aziende sanitarie per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale direttamente preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale e scientifica.

Art. 117
Consegnatari responsabili

1. I beni oggetto di inventariazione, ed i beni comunque utilizzati dall'azienda che sarebbero oggetto di inventariazione se fossero di sua proprietà, sono affidati a consegnatari responsabili mediante apposito verbale di consegna da essi sottoscritto.
2. Con apposito regolamento adottato dal direttore generale, viene stabilita l'individuazione dei consegnatari responsabili, la configurazione di eventuali subconsegnatari in rispondenza alla struttura organizzativa, le loro attribuzioni, i registri che debbono tenere e gli eventuali controlli.
3. I consegnatari o gli eventuali subconsegnatari, sono comunque personalmente responsabili dei beni loro affidati, nonché di qualsiasi danno che possa derivare all'azienda da loro azioni od omissioni; essi devono in ogni caso segnalare tempestivamente qualsiasi esigenza di manutenzione o di ristrutturazione dei beni immobili e devono informare gli uffici competenti di qualsiasi evento che renda necessario intraprendere azioni a difesa della proprietà o del possesso dei beni.

Art. 118
Beni di consumo e contabilità di magazzino

1. Sono esclusi dalla inventariazione di cui all'articolo 116 i beni di consumo; tali beni costituiscono oggetto di apposita contabilità di magazzino, che pone in evidenza il movimento di essi mediante scritture funzionali a carico e scarico; la contabilità di magazzino è tenuta al fine di realizzare il controllo dei movimenti di entrata e di uscita, il controllo dei livelli delle scorte e la rilevazione dei consumi delle singole articolazioni organizzative.

2. Il direttore generale dell'azienda sanitaria determina le modalità di tenuta della contabilità di magazzino e stabilisce le relative procedure e competenze, attenendosi alle direttive eventualmente impartite dalla Giunta regionale.

Art. 119
Beni in visione, prova e comodato

1. Tutti i beni che l'azienda sanitaria ha in visione o in prova, e quelli di cui essa abbia la disponibilità a titolo di comodato, sono rilevati ed annotati in apposito registro a carico e scarico nel quale devono risultare i seguenti dati:
   a) tipo di bene;
   b) proprietario del bene;
   c) titolo di godimento;
   d) data di consegna ed estremi della bolla di accompagnamento;
   e) valore del bene;
   f) struttura aziendale che utilizza il bene e relativo consegnatario;
   g) data di restituzione ed estremi del documento di consegna.

2. Il direttore generale disciplina con apposito regolamento l'utilizzazione dei beni in visione o in prova.

Art. 119 bis
Piani degli investimenti delle aziende sanitarie ***(320)***

1. La Regione, al fine di garantire un più omogeneo processo di innovazione e sviluppo in sanità a livello regionale, adotta una specifica procedura di valutazione della pianificazione e programmazione degli investimenti delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

2. I progetti di investimento tecnologico e strumentale di valore superiore a euro 200.000,00 e i progetti di investimento immobiliare di valore superiore a euro 800.000,00 sono valutati sotto il profilo della congruità con la programmazione regionale, della conformità degli aspetti tecnico sanitari, della sostenibilità economica e finanziaria. ***(564)***

3. Le attività di valutazione sono attribuite alla Commissione di valutazione delle tecnologie e degli investimenti sanitari di cui all'articolo 10, comma 4 quinquies, che esprime parere obbligatorio vincolante ai fini all'inserimento dei progetti nel piano degli investimenti allegati ai bilanci, di cui agli articoli 120 e 121, da trasmettere alle aziende sanitarie. ***(565)***

4. Abrogato. ***(566)***

5. Eventuali modifiche al piano degli investimenti nel corso dell'esercizio possono essere apportate solo in casi eccezionali per motivate e giustificate esigenze aziendali.

Art. 119 ter
Gestione sanitaria accentrata presso la Regione ***(567)***

1. Nell'ambito della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute è istituita la gestione sanitaria accentrata (GSA), per la gestione diretta presso la Regione di una quota del finanziamento del servizio sanitario regionale, secondo quanto previsto dall'articolo 22, comma 1 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

2. Il dirigente responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la Regione è individuato con deliberazione della Giunta Regionale.

3. Le funzioni di terzo certificatore, di cui alla lettera d) del comma 3 dell'articolo 22 del d.lgs.118/2011, sono attribuite con deliberazione della Giunta regionale ad un dirigente regionale dotato di idonea professionalità ed esperienza, esterno alla direzione di cui al comma 1, oppure, come consentito dalla legge regionale 23 luglio 2012 n. 40 (Disciplina del Collegio dei Revisori della Regione Toscana), al collegio dei revisori della Regione Toscana.

Capo II
Contabilità

Art. 120

Bilancio pluriennale di previsione

1. *Il bilancio pluriennale è adottato sulla base dello schema approvato dalla Giunta regionale in conformità ai principi stabiliti dalla normativa statale vigente in materia.* ***(317)***

2. Il bilancio pluriennale espone i dati economici previsionali distinti per esercizio derivanti dall'attuazione del piano ed a giustificazione del medesimo; al bilancio pluriennale è allegato il piano degli investimenti, che definisce le iniziative da intraprendere e ne quantifica le spese con l'indicazione delle relative modalità di finanziamento per ciascun esercizio.

3. Il bilancio pluriennale è aggiornato per scorrimento ed adottato annualmente, assieme al bilancio preventivo economico annuale.

4. Il bilancio pluriennale è corredato da una nota illustrativa e da una relazione del direttore generale; la nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione; la relazione del direttore evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del piano attuativo.

5. Contestualmente alla adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali predispongono un documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto che è approvato dalla *conferenza aziendale dei sindaci* ***(204)*** e costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per gli strumenti di programmazione locale di cui agli articoli 21 e 22..

5 bis. Ove costituite le società della salute, contestualmente all'adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali presentano alle società della salute il documento che evidenzia le risorse determinate per zona-distretto che costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per gli strumenti di programmazione locale di cui agli articoli 21 e 22. ***(205)***

Art. 121
Bilancio preventivo economico annuale ***(307)***

1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, all'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.

2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio- assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema previsto dalla normativa statale vigente in coerenza con la programmazione sanitaria e con la programmazione economico-finanziaria. La Giunta regionale può integrare lo schema di bilancio preventivo economico annuale impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è composto: ***(568)***
- *a) dal conto economico preventivo redatto secondo lo schema previsto dalla normativa statale vigente in materia;*
- *b) da un piano di flussi di cassa prospettici mensilizzati redatto secondo lo schema di rendiconto finanziario previsto dalla normativa statale vigente in materia.*

4. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato: ***(568)***
- *a) dal conto economico dettagliato secondo il modello di rilevazione del conto economico delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere (modello CE) previsto a livello nazionale;*
- *b) da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione;*
- *c) dal piano annuale degli investimenti dettagliato, in coerenza con il piano pluriennale degli investimenti di cui all'articolo 120;*
- *d) da una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli altri atti di programmazione aziendali, di area vasta e regionali; per la gestione sanitaria accentrata presso la Regione tale relazione è redatta dal responsabile di quest'ultima;*
- *e) dalla relazione del collegio sindacale.*

5. Abrogato. ***(569)***

6. Abrogato. ***(569)***

7. Il direttore generale può utilizzare risorse correnti per la realizzazione di investimenti nel limite tassativo previsto nel piano annuale degli investimenti di cui al comma 4 ***(570)*** *, lettera c).*

8. Abrogato. ***(569)***

Art. 121 bis
Monitoraggio sull'andamento economico delle gestioni aziendali ***(308)***

1. Per la salvaguardia dell'equilibrio economico complessivo del sistema sanitario regionale, la Regione

effettua trimestralmente, attraverso i modelli CE regolarmente inviati dalle aziende e dagli altri enti del servizio sanitario regionale tramite il sistema informativo regionale, il monitoraggio sull'andamento delle gestioni aziendali nel corso dell'esercizio e sul rispetto del limite di cui all'articolo 121, comma 7.

2. Qualora si rilevino andamenti economici non in linea con gli andamenti programmati o scostamenti rilevanti rispetto agli obiettivi economici assegnati, i direttori generali delle aziende sanitarie e degli altri enti del servizio sanitario regionale devono concordare con la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute azioni correttive in grado di ricondurre all'equilibrio economico.

Art. 122
Bilancio di esercizio

1. Il bilancio di esercizio rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'azienda sanitaria, relativa *all'anno solare* ***(571)*** considerato.

2. Il bilancio di esercizio si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa, per la cui redazione si applicano gli articoli 2423 e seguenti del codice civile, nonché le ulteriori norme statali vigenti. ***(572)***

3. *La struttura del bilancio di esercizio e dei documenti a suo corredo si conforma agli schemi previsti dalla normativa statale vigente. La Giunta regionale può integrare tali schemi, impartendo ulteriori e più dettagliate indicazioni.* ***(318)***

3 bis. La nota integrativa contiene in particolare i modelli conto economico (CE) e stato patrimoniale (SP), di cui al decreto ministeriale 13 novembre 2007 per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente. ***(573)***

4. *L'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva, ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del servizio sanitario regionale.* ***(572)***

5. Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del direttore generale, predisposta secondo le direttive della Giunta regionale. *Per la gestione sanitaria accentrata presso la Regione tale relazione è redatta dal responsabile di quest'ultima.* ***(571)***

6. *La relazione del direttore generale deve contenere anche il modello di rilevazione dei livelli di assistenza (LA) di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004, ed* ***(574)*** *, in particolare, evidenzia:*

a) gli scostamenti dei risultati rispetto ai bilanci preventivi, fornendone le relative spiegazioni;

b) le cause dell'eventuale perdita di esercizio indicandone le modalità di ripiano;

c) i dati analitici relativi al personale, con le variazioni intervenute durante l'anno. ***(207)***

7. Abrogato . ***(575)***

Art. 123
Procedimento di adozione degli atti di bilancio ***(309)***

1. *Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, entro il 15 novembre, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre alla Giunta regionale ed alla conferenza aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.*

2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, entro il 15 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale unitariamente al bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, alla Giunta regionale con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 novembre di ogni anno; la Giunta regionale approva i bilanci entro il 31 dicembre.

3. Entro il 15 aprile di ogni anno, i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono, con allegata la relazione del collegio sindacale, entro il 30 aprile, alla Giunta regionale che lo approva entro il 31 maggio; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.

4. I bilanci di cui ai commi 1, 2 e 3, sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione entro sessanta giorni dalla data della loro approvazione.

5. La Giunta regionale, in sede di approvazione degli atti di bilancio, qualora riscontri carenze documentali oppure ritenga necessaria la correzione, integrazione o modifica dei dati contenuti, assegna al direttore generale dell'azienda un termine non superiore a quindici giorni per effettuare le integrazioni o modifiche richieste, nonché l'eventuale riadozione del bilancio.

Art. 123 bis
Bilancio consolidato del servizio sanitario regionale ***(576)***

1. *La gestione sanitaria accentrata presso la Regione predispone e sottopone all'approvazione della Giunta regionale, che lo comunica al Consiglio regionale, il bilancio preventivo economico annuale consolidato del servizio sanitario regionale e il bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale, redatti ai sensi dell'articolo 32 del d.lgs.118/2011.*

2. *L'area di consolidamento comprende:*
   a) le Aziende USL Toscana Centro, Toscana Nord Ovest e Toscana Sud Est;
   b) le Aziende Ospedaliero-universitarie Careggi, Meyer, Pisana e Senese;
   c) la gestione sanitaria accentrata preso la Regione, al cui interno sono consolidati anche gli altri enti del servizio sanitario regionale.

Art. 124
Libri obbligatori

1. Ciascuna azienda sanitaria deve tenere i seguenti libri obbligatori:
   a) libro giornale;
   b) libro degli inventari;
   c) libro dei provvedimenti del direttore generale;
   d) libro delle adunanze del collegio sindacale.

1 bis. Per la gestione sanitaria accentrata presso la Regione, i libri contabili obbligatori sono solo quelli di cui al comma 1, lettere a) e b). ***(577)***

2. Il libro giornale registra indistintamente, ed in ordine cronologico, tutti i fatti di gestione esterna, che abbiano rilievo sui risultati di esercizio.

3. Il libro degli inventari contiene l'indicazione e la valutazione di tutte le attività e passività relative all'azienda sanitaria, tenendo distinte quelle attinenti all'attività sanitaria da quelle concernenti i servizi socio-assistenziali; all'aggiornamento del libro degli inventari si provvede al termine dell'esercizio e, con riguardo alle scorte ed alle immobilizzazioni materiali, si utilizzano le risultanze della contabilità di magazzino e dell'inventario di cui all' articolo 116; alla valutazione degli elementi del patrimonio si provvede in conformità alle direttive emanate dalla Giunta regionale in coerenza con le disposizioni del codice civile.

4. Il libro dei provvedimenti del direttore generale è costituito dalla raccolta degli atti adottati dal direttore nell'esercizio delle sue funzioni di direzione ed organizzazione: di tali atti è data diffusione all'interno dell'azienda mediante idonee forme di pubblicità.

5. Fatti salvi gli adempimenti eventualmente prescritti dalla normativa vigente in materia tributaria e per l'archiviazione ottica dei documenti, i libri obbligatori di cui al comma 1, prima di essere messi in uso, devono essere numerati progressivamente in ogni pagina.

Art. 125
Contabilità generale

1. La Giunta regionale definisce i principi contabili da adottarsi per la redazione dei bilanci delle aziende sanitarie, nel rispetto dei principi contabili nazionali; definisce altresì il piano dei conti in coerenza con il contenuto del bilancio di esercizio e dei relativi allegati.

2. Le aziende sanitarie, mediante la registrazione dei fatti gestionali nel libro giornale e la loro imputazione ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedono alla rilevazione dei costi e dei ricavi, e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio e nei relativi allegati.

3. *Abrogato.* ***(319)***

4. *Abrogato.* ***(578)***

Art. 126
Sistema budgetario

1. Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano.

2. Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi *e nel rispetto dei percorsi socio-sanitari condivisi.* ***(579)***

3. Sulla base dei budget settoriali e parziali, come definiti dal comma 2, è predisposto il budget generale dell'azienda che, con riguardo all'intero esercizio, rappresenta i costi ed i ricavi riferibili alle articolazioni funzionali ed organizzative dell'azienda.

4. *Con specifico regolamento l'azienda sanitaria disciplina le procedure, le competenze ed i criteri per la formazione dei budget, definisce gli strumenti di controllo e verifica sulla loro attuazione, nel rispetto delle seguenti direttive:*
   a) definizione delle linee di indirizzo aziendali, annualmente, da parte della Direzione, in coerenza con la programmazione regionale e di area vasta;
   b) elaborazione del programma annuale delle attività, attraverso una analisi integrata tra direttori di zona-distretto, direttori di presidio ospedaliero e responsabili di dipartimento;
   c) negoziazione tra responsabili dei dipartimenti e direzione aziendale per definire budget dipartimentali con riferimento al personale e ai beni di consumo sanitari;
   d) negoziazione tra direzione aziendale, direttori dei presidi ospedalieri e direttori di zona distretto per la definizione dello scorrimento annuale del piano degli investimenti e di quello dei posti letto;
   e) negoziazione tra responsabili di dipartimento, direttori di presidio e direttori di zona-distretto per articolare i budget dipartimentali sui presidi ospedalieri e sulle zone-distretto e per definire il grado di utilizzo delle risorse del presidio o del distretto da parte delle strutture dipartimentali in funzione della quantità e tipologia della casistica da trattare;
   f) validazione del budget aziendale attraverso la ricomposizione del quadro delle negoziazioni. ***(580)***

4 bis. Con riferimento alle attività di assistenza sanitaria territoriale, socio-sanitaria e assistenziale, quando attribuita all'azienda sanitaria, sono definiti specifici budget di ambito territoriale corrispondente alle zone-distretto. ***(210)***

5. *Abrogato.* ***(581)*** .

6. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria. Il budget di cui al comma 4 bis ha carattere obbligatorio.* ***(211)***

Art. 127
Contabilità analitica

1. Nelle rilevazioni dei fatti gestionali, le aziende sanitarie applicano un sistema di contabilità analitica, al fine di verificare costantemente il livello di attuazione dei budget ed allo scopo di elaborare le informazioni economiche richieste dalla Regione.

2. Con la contabilità analitica le rilevazioni si estendono ai fatti interni di gestione, in modo da determinare, congiuntamente o alternativamente, costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, ad aree di attività, a servizi, alla gestione di determinati beni, a categorie di prestazioni o prodotti.

3. Il direttore generale dell'azienda sanitaria, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regionale, definisce l'impostazione della contabilità analitica e le modalità con cui essa deve essere tenuta.

4. Il direttore generale dell'azienda sanitaria assicura che le risultanze delle analisi dei costi e dei rendimenti, nonché i risultati per centri di costo della azienda sanitaria abbiano idonee forme di pubblicità.

Art. 128
Controllo di gestione

1. Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse, le aziende sanitarie attivano il controllo della gestione economica aziendale; l'esercizio della funzione di controllo di gestione è regolamentato, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regionale, con apposito provvedimento aziendale che definisce le procedure da attivarsi, le competenze e le responsabilità delle strutture organizzative coinvolte, gli obiettivi da perseguire e i risultati da raggiungere.

2. Con il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità previamente definiti in coerenza con il piano attuativo e con gli indirizzi di direzione aziendale; gli scostamenti e le disfunzioni eventualmente riscontrate sono segnalate ai responsabili delle strutture aziendali ed alla direzione aziendale.

3. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

Art. 129
Responsabilità

1. I direttori generali delle aziende sanitarie sono dichiarati decaduti dal loro incarico qualora dal bilancio di esercizio risulti una rilevante perdita non addebitabile a cause estranee alla loro responsabilità; alla decadenza provvede il Presidente della Giunta regionale con provvedimento

motivato da adottare con le procedure di cui all' articolo 39.

Art. 130
Modalità dei pagamenti e servizi di cassa

1. Salvo quanto stabilito dall' articolo 131, le aziende sanitarie provvedono ai pagamenti attraverso il loro cassiere, al quale devono affluire tutte le somme comunque riscosse per conto dell'azienda.
2. Il servizio di cassa è affidato, mediante contratto, ad un istituto di credito che cura i rapporti con la sezione di tesoreria provinciale dello Stato e che provvede al deposito dei titoli e valori dell'azienda; il contratto disciplina altresì la redazione dei prospetti dei flussi di cassa, previsti dalla normativa vigente, da trasmettere al ministero competente ed i relativi adempimenti a carico dell'azienda e dell'istituto.
3. L'affidamento del servizio di cassa è disposto nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale vigente e secondo le procedure definite nel regolamento di cui all' articolo 133; l'offerta economicamente più vantaggiosa viene selezionata sulla base dei seguenti elementi di valutazione:
   a) migliori condizioni in ordine ai tassi di interesse;
   b) condizioni di valuta;
   c) tempi massimi di esecuzione dei pagamenti;
   d) numero e distribuzione territoriale degli sportelli aggiuntivi rispetto alla dotazione minima richiesta nel bando come requisito per l'aggiudicazione;
   e) entità di possibili conferimenti straordinari in conto capitale.
4. Nella scelta dell'affidatario si può tenere conto, altresì, di ulteriori servizi offerti e delle relative condizioni.
5. Qualora il servizio sia affidato ad un gruppo di istituti creditizi, il contratto deve individuare l'istituto capofila in grado di rispondere nei confronti dell'azienda sanitaria e della sezione di tesoreria provinciale dello Stato.
6. *Le aziende sanitarie possono ricorrere all'accensione di anticipazioni con il loro cassiere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore della produzione previsto nel bilancio preventivo economico annuale.* ***(24)***
7. Il direttore generale dell'azienda sanitaria individua i funzionari preposti alla riscossione delle entrate, disciplina le procedure per disporre i pagamenti e determina le relative competenze.

Art. 131
Casse economali

1. Ciascuna azienda sanitaria disciplina con apposito regolamento il servizio di cassa economale, che può articolarsi in una cassa centrale ed in casse periferiche; il servizio di cassa economale effettua direttamente i pagamenti in contanti e rimborsa, o anticipa, le somme per i pagamenti effettuati o da effettuare, in contanti.
2. Le somme messe a disposizione del servizio di cassa economale non possono eccedere l'ammontare complessivo stabilito dall'apposito regolamento aziendale e sono reintegrabili in corso di esercizio previa rendicontazione delle somme già spese.
3. I cassieri devono annotare su un registro cronologico tutte le operazioni effettuate e non possono eseguire alcun pagamento senza l'autorizzazione dell'ufficio competente.
4. Al termine di ciascun esercizio i responsabili degli uffici di economato rendono il conto della gestione; il conto deve essere inoltre reso allorché siano da integrare le disponibilità o allorquando, per qualsiasi ragione, il responsabile dell'ufficio economato sia cessato dal proprio incarico.

Capo III
Attività contrattuale

Art. 132
Normativa applicabile

1. *Le aziende sanitarie, l'ESTAR* ***(362)*** *e le società della salute,* ***(212)*** *per quanto di rispettiva competenza ed in conformità della disciplina comunitaria, nazionale e regionale in materia di contratti pubblici e di sicurezza sui luoghi di lavoro, disciplinano l'attività contrattuale attraverso il regolamento di cui all'articolo 133.* ***(59)***
2. L'affidamento dei servizi socio-sanitari ed assistenziali è disciplinato dalla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), modificata dalla legge 22 giugno 2000, n. 193, e dalla legge regionale 24 novembre 1997, n. 87 (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale), modificata dalla legge regionale 2 aprile 2002, n. 11.

3. Le aziende unità sanitarie locali, previa intesa con i comuni deleganti, e le Società della salute possono avvalersi *dell'ESTAR **(362)*** , per lo svolgimento delle selezioni di cui all' articolo 12 della l.r. 87/1997 .

4. Resta salva la possibilità di stipulare convenzioni tra le aziende sanitarie, le Società della salute e le associazioni di volontariato di cui alla r. 28/1993

Art. 133
*Regolamento dell'attività contrattuale **(60)***

1. Il regolamento sull'attività contrattuale, adottato dal direttore generale di ciascun ente, disciplina in particolare:

a) la programmazione, annuale e pluriennale, dell'attività contrattuale;

*b) modalità di raccordo per la rilevazione delle esigenze degli enti per i quali l'ESTAR **(363)** opera per l'approvvigionamento di beni e servizi;*

c) forme e modalità organizzative interne per la gestione delle procedure di gara e per la gestione della fase di esecuzione dei contratti;

d) tenuta ed aggiornamento dell'elenco dei fornitori;

e) procedure di affidamento del servizio di cassa;

f) affidamenti in economia.

Art. 134
Capitolati

1. Il Consiglio regionale delibera il capitolato generale per la fornitura di beni e servizi destinati alle aziende sanitarie; *che è adottato, in quanto compatibile, anche dalle società della salute **(213)*** il capitolato generale definisce anche con riguardo alle diverse tipologie di rapporti contrattuali, le condizioni e le clausole da inserire nei relativi contratti.

2. Qualora la procedura adottata per la scelta del contraente richieda la predisposizione di un capitolato speciale che definisca contenuto, termini e condizioni dello specifico contratto da concludere, detto capitolato si conforma alle disposizioni del capitolato generale ed agli eventuali schemi di capitolato speciale approvati dalla Giunta regionale.

Art. 135
Osservatorio generale dei prezzi

1. La Giunta regionale, avvalendosi dell'osservatorio generale regionale dei prezzi, cura la rilevazione e l'elaborazione dei dati sui prezzi di beni e servizi necessari allo svolgimento delle attività delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di consentire acquisizioni al miglior prezzo di mercato.

2. Con deliberazione della Giunta regionale è adottato un disciplinare per l'organizzazione dell'osservatorio che individua le modalità con le quali sono rilevati ed elaborati i dati concernenti le caratteristiche ed i prezzi di beni e servizi utilizzati dalle aziende sanitarie, anche con riferimento alla potenzialità produttiva e competenza dei fornitori ed alla loro efficienza e correttezza nell'esecuzione dei contratti.

Titolo IX
NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 136
Relazioni sindacali

1. La Giunta regionale, le aziende sanitarie, *l'ESTAR **(364)*** , l'ARS e gli altri soggetti del servizio sanitario regionale, *nonché le società della salute **(214)*** in relazione alle proprie competenze, assicurano l'attuazione della presente legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali, dai contratti collettivi nazionali e dagli accordi decentrati.

2. I soggetti di cui al comma 1, assicurano la concertazione con le organizzazioni sindacali in merito agli atti di natura programmatoria e regolamentare e in particolare agli atti regionali e aziendali di cui agli articoli 34 e 141 .

Art. 137
*Revisione degli statuti aziendali **(215)***

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono all'adeguamento dei loro statuti entro il termine di cui all'articolo 142 bis, comma 6.

2. Le previsioni di cui all'articolo 40, comma 3, si attivano alla conclusione dei rapporti di lavoro in essere alla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 138
Costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie ***(582)***

Abrogato.

Art. 139
Disposizioni relative all'ARS ***(51)***

Abrogato.

Art. 140
Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica ***(583)***

Abrogato.

Art. 141
Disposizioni relative agli ESTAV ***(365)***

Abrogato.

Art. 142
Disposizioni diverse

1. *Abrogato.* ***(216)***
2. *Abrogato.* ***(216)***
3. *Abrogato.* ***(584)***
4. La Giunta regionale con proprio atto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce l'ammontare ed i compensi spettanti ai medici che integrano le commissioni di accertamento dell' invalidità civile in rappresentanza delle associazioni di categoria di cui alla legge regionale 23 giugno 1993, n. 40 (Disciplina degli organi sanitari collegiali); l'ammontare del compenso è aggiornato ogni cinque anni.

Art. 142 bis
Norme transitorie ***(218)***

1. Abrogato. ***(585)***
2. Abrogato. ***(585)***
3. Abrogato. ***(585)***
4. Abrogato. ***(585)***
5. Abrogato. ***(585)***
6. Abrogato. ***(585)***
7. Abrogato. ***(585)***
8. Abrogato. ***(585)***
9. Abrogato. ***(585)***
10. Abrogato. ***(585)***
11. Abrogato. ***(585)***

11 bis. *In attesa della definizione dei piani annuali attuativi ed operativi locali di cui all'articolo 76 sexies, che sono approvati entro centottanta giorni dall'adozione del regolamento di cui all'articolo 76 undecies, l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale è assicurata dalle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l.r 25/2001 e dai comitati della CRI che già esercitano l'attività alla data di entrata in vigore della presente legge.* ***(261)***

Art. 142 ter
Norma di prima applicazione dell'articolo 55 bis ***(243)***

1. Il direttore generale, compatibilmente con le esigenze organizzative aziendali, adotta, nel termine massimo di un anno dall'entrata in vigore del presente articolo, le misure di cui all'articolo 55 bis, commi 2 e 3, nei confronti del personale che si trova nelle condizioni di cui all'articolo 55 bis, comma 1.

2. Trascorsi novanta giorni dal termine di cui al comma 1, la Giunta regionale invia al Consiglio regionale una relazione nella quale si dà conto:

a) dei criteri adottati per la concreta individuazione dei casi e delle procedure per la verifica delle dichiarazioni degli interessati;

b) del numero dei casi individuati e dei casi in cui si è proceduto all'assegnazione ad altra struttura o

alla mobilità interaziendale, evidenziando la motivazione quando ciò non è stato possibile;
c) di eventuali criticità incontrate nelle diverse fasi di applicazione della norma.

Art. 142 quater
Disposizioni transitorie in materia di ESTAR ***(366)***

Abrogato.

Art. 142 quinquies
Disposizioni transitorie in materia di ESTAV ***(367)***

Abrogato.

Art. 142 sexies
Disposizioni transitorie relative al personale ***(368)***

Abrogato.

Art. 142 septies
Disposizioni di prima applicazione ***(369)***

Abrogato.

Art. 142 octies
Disposizione transitoria relativa alla Commissione terapeutica regionale ***(664)***

1. *Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente articolo si procede ad adeguare la durata, la composizione e le funzioni della Commissione terapeutica regionale già costituita alla data di entrata in vigore del presente articolo*
2. *I sedici membri di cui all'articolo 81, comma 2, lettera c), nominati prima dell'entrata in vigore del presente articolo, sono confermati.*

Art. 142 novies
Disposizione transitoria relativa al piano sanitario e sociale integrato regionale

1. *Il piano sanitario e sociale integrato regionale 2012 – 2015, approvato con la deliberazione del Consiglio Regionale 5 novembre 2014, n. 91, è prorogato sino all'entrata in vigore del piano di cui agli articoli 18 e 19 della l.r. 40/2005, attuativo del PRS 2016 – 2020.* ***(684)***

Art. 142 decies
Disposizione transitoria relativa agli elenchi degli aspiranti direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali ***(717)***

1. *Fino alla costituzione degli elenchi degli aspiranti direttori amministrativi, sanitari e dei servizi sociali ai sensi dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016 in conformità all'accordo ivi previsto, si applicano le procedure vigenti alla data di entrata in vigore del presente articolo.*

Art. 142 undecies
Disposizioni transitorie relative alla programmazione di area vasta ***(718)***

1. *Le disposizioni inerenti alla riorganizzazione della programmazione di area vasta introdotte dalla legge regionale 24 luglio 2018, n 40 (Disposizioni in materia di procedura di nomina delle figure apicali delle aziende sanitarie, in materia di programmazione di area vasta ed in materia di organismi sanitari regionali. Modifiche alla l.r. 40/2005), sono efficaci a decorrere dalla cessazione di tutti gli incarichi di direttore per la programmazione di area vasta in svolgimento all'entrata in vigore del presente articolo.*
2. *Nelle more dell'efficacia delle disposizioni di cui al comma 1, gli incarichi di direttore per la programmazione di area vasta cessati non sono riattribuiti e lo svolgimento ordinario delle relative funzioni è assunto dal direttore della direzione regionale competente in materia di diritto alla salute.*

Art. 142 duodecies
Disposizioni transitorie relative al nucleo tecnico a supporto della programmazione di area vasta ***(719)***

1. *Fino alla costituzione del nucleo tecnico di cui all'articolo 9 ter, comma 3, continua ad operare il nucleo tecnico già costituito alla data di entrata in vigore del presente articolo.*

Art. 143
Norma finanziaria

1. All'onere derivante dalla presente legge si fa fronte per il corrente esercizio e per i due esercizi successivi con le risorse iscritte nella unità previsionale di base (UPB) n. 243 "Organizzazione del

sistema sanitario - spese correnti".

2. Per gli esercizi successivi si fa fronte ai relativi oneri con legge di bilancio.

2 bis. La Regione promuove la diffusione del modello delle società della salute attraverso l'erogazione di un contributo di primo avvio pari a euro 2.000.000,00 per l'anno 2008, euro 3.000.000, 00 per l'anno 2009 e euro 3.000.000,00 per l'anno 2010, cui si fa fronte con le risorse allocate sulla UPB 2.4.3 "Organizzazione del sistema sanitario – Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e del bilancio pluriennale 2008 – 2010. ***(219)***

2 ter. La ripartizione tra le società della salute delle risorse di cui al comma 3 avviene sulla base dei seguenti criteri:

a) 30 per cento suddiviso in parti uguali tra tutte le società della salute;

b) 65 per cento suddiviso in proporzione al numero di abitanti di ciascuna zona;

c) 5 per cento suddiviso in proporzione al numero di comuni di ciascuna zona. ***(219)***

2 quater. Dall'anno 2009 la percentuale di cui alla lettera b) del comma 2 ter è fissata al 30 per cento in proporzione alla diminuzione relativa del tasso di ospedalizzazione per la popolazione della zona. ***(220)***

Art. 143 bis
Nomina degli organismi regionali ***(284)***

1. *Non si applicano agli organismi di cui all'articolo 13, comma 4, agli articoli 16bis,* ***(681)*** *43, 51, 81, 95, e agli organismi di cui al titolo IV, capo III bis, le disposizioni della legge regionale 8 febbraio 2008, n. 5 (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione).*

1 bis. Gli organismi di cui al comma 1, per i quali sia prevista, per legge o in via amministrativa, una durata coincidente con quella della legislatura regionale, scadono il centocinquantesimo giorno successivo alla data della prima seduta del nuovo Consiglio regionale. ***(720)***

1 ter. Le disposizioni di cui al comma 1 bis si applicano anche agli organismi per i quali non è previsto alcun termine di scadenza. ***(720)***

Art. 144
Abrogazioni

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni e leggi regionali:
   a) la legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 (Istituzione della Commissione regionale di bioetica);
   b) lettera b), comma 1, dell'articolo 4 della legge regionale 23 giugno 1993, n. 40 (Disciplina degli organi sanitari collegiali)
   c) la legge regionale 16 giugno 1994, n. 46 (Modifiche alla l.r. 13 agosto 1992, n. 37 "Istituzione della Commissione regionale di bioetica");
   d) la legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), fatto salvo quanto disposto all'articolo 142, comma 3; ***(52)***
   e) la legge regionale 26 febbraio 2003, n. 14 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale");
   f) la legge regionale 22 ottobre 2004, n.56 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale") in materia di svolgimento delle funzioni di direzione delle strutture organizzative.

Art. 144 bis
Sostituzione dell'allegato A della l.r. 40/2005 ***(221)***

Abrogato.

Note

1-2. Note soppresse.
3. Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 3.
4. Nota soppressa.
5. Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 4.
6-7. Note soppresse.
8. Per l'interpretazione autentica di questo articolo vedi l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 6. La Corte si è pronunciata, nuovamente sull'articolo 59 come interpretato, in via incidentale con sentenza n. 86 del 4 aprile 2008 dichiarando infondate le questioni sollevate. La Corte costituzionale con sentenza 181 del 5 maggio 2006 ha dichiarato infondata la questione sollevata nei confronti dell'articolo.
9-10. Note soppresse.
11. Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 9.

12-16. Note soppresse.
17. Comma abrogato con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 12.
18. Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 13.
19. Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 14.
20. Articolo prima inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 15, ed ora così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 16.
21. Comma prima inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 16, ed ora così sostituito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 17.
22. Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 16.
23. Nota soppressa.
24. Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 18.
25. Articolo prima inserito con l.r. 27 dicembre 2005, n. 70, art. 13, ed ora così sostituito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 13.
26-29. Note soppresse.
30. Articolo così sostituito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 1.
31. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 2.
32. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 3.
33. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 4, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 49.
34. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 5.
35. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 6, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 51.
36. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28 , art. 7, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 52.
37. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 8.
38. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 9, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 54.
39. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 10; ed ora così sostituito con l.r. 27 marzo 2015, n. 37, art. 5.
40. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 11.
41. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 12.
42. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 13, ed ora così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 57.
43. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 14, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 58.
44. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 15, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 58.
45. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 16.
46. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 17, poi sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 60, ed ora così sostituito con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 23.
47. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 18.
48. Articolo inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 19.
49. Articolo prima inserito con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 20, ed ora abrogato con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 61.
50. Nota soppressa.
51. Articolo abrogato con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 22. Precedentemente all'abrogazione, la Corte costituzionale si era pronunciata, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006, dichiarando l'illegittimità costituzionale dell'articolo.
52. Frase abrogata con l.r. 10 luglio 2006, n. 28, art. 22.
53. Nota soppressa.
54. Parole così sostituite con l.r. 22 dicembre 2006, n. 64, art. 8.
55-56. Note soppresse.
57. Articolo prima inserito con l.r. 27 luglio 2007, n. 40, art. 16, ed ora così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 89.
58. Nota soppressa.
59. Comma così sostituito con l.r. 13 luglio 2007, n. 38, art. 63..
60. Articolo così sostituito con l.r. 13 luglio 2007, n. 38, art. 64.
61. Lettera aggiunta con l.r. 27 dicembre 2007, n. 69, art. 22.
62. Comma inserito con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 29.
63. Nota soppressa.
64. Parole così sostituite con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 31.
65. Comma così sostituito con l.r. 24 ottobre 2008, n. 56, art. 32.
66. Nota soppressa.
67. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.

68. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.
69. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 1.
70. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 2.
71. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 2.
72. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
73. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
74. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 3.
75. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 4.
76. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 4.
77. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 5.
78. Parole prima sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 6; e poi parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 4.
79. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 7.
80. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 8.
81. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 9.
82. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 10.
83. Nota soppressa.
84. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 12.
85. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
86. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
87. Lettera abrogata con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
88. Lettera inserita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
89. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 13.
90. Articolo prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 14, ed ora così sostituito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 2.
91. Articolo prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 15, poi sostituito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 4. Infine articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 15.
92. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 16.
93. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 17.
94. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 18.
95. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 18.
96. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
97. Parole aggiunte con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
98. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
99. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 19.
100. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 20.
101. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 21.
102. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 22.
103. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 23.
104. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 24.
105. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 25.
106. Articolo prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 26; poi sostituito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 5. Infine articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 19.
107- 108. Note soppresse.
109. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 28.
110. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 28.
111. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 29.
112. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 29.
113. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 30.
114. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 30.
115. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31.
116. Comma prima inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31, ed ora così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65, art. 4.
117. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 31.
118. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 32.
119. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 33.
120. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 33.
121. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 34.
122. Nota soppressa.
123. Lettera prima sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36; ed ora così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 34.
124. Lettera aggiunta con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36.
125. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 36.
126. Nota soppressa.

127. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 37.
128. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 37.
129. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
130. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
131. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
132. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 38.
133. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 39.
134. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 40.
135. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 41.
136. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 42.
137. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 43.
138. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 43.
139. Articolo abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 44.
140. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 45.
141. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
142. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
143. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
144. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 46.
145. Comma prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 47; poi così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 52.
146. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 48.
147. Articolo prima inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 49, ed ora così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 65.
148. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 50.
149. Parola così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 50.
150. Nota soppressa.
151. Numero prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 52; poi così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
152. Articolo prima sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 53, poi sostituito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 64. Infine articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 56.
153. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 54.
154. Articolo abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 55.
155. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.
156. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.
157. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 56.
158- 163. Note soppresse.
164. Alinea così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 58.
165. Lettera prima sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 58; poi così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 63.
166. Nota soppressa.
167. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 59.
168. Capo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 60.
169. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 61.
170. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 62.
171. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 63.
172. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 64.
173. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 65.
174. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 66.
175. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 67.
176. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 68.
177. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 69.
178. Articolo prima inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 70,ed ora abrogato con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 8.
179. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 71.
180. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 72.
181. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 73.
182. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 74.
183. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 75.
184. Articolo prima inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 76; poi l'articolo è abrogato con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 15.
185. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 77.
186. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 78.
187. Rubrica così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 79.
188. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 80.

189. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 81.
190. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 82.
191. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 83.
192. Parole aggiunte con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 84.
193. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 85.
194. Lettera così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 86.
195. Parole soppresse con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 86.
196- 197. Note soppresse.
198. Lettera prima sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 90, ed ora così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 23.
199. Parola così sostituita con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 90.
200. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 91.
201. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 92.
202. Capoverso soppresso con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 93.
203. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 93.
204. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 94.
205. Comma aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 94.
206. Nota soppressa.
207. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 96.
208- 209. Note soppresse.
210. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 98.
211. Comma così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 98.
212. Parole così sostituite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 99.
213. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 100.
214. Parole inserite con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 101.
215. Articolo così sostituito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 102.
216. Comma abrogato con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 103.
217. Nota soppressa.
218. Articolo inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 104.
219. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 105.
220. Comma inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 105.
221. Articolo prima aggiunto con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 106, ed ora abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 35.
222. L'allegato così sostituito dall'art. 144 bis, inserito con l.r. 10 novembre 2008, n. 60, art. 106.
223. Periodo aggiunto con l.r. 2 aprile 2009, n. 16, art. 18.
224- 225. Note soppresse.
226. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 3.
227- 228. Note soppresse.
229. Articolo inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 7.
230. Nota soppressa.
231. Comma così sostituito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
232. Lettera così sostituita con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
233. Parole soppresse con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
234. Parole così sostituite con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 9.
235. Parole così sostituite con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 10.
236. Comma inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 11.
237. Articolo prima inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 12; poi così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 79.
238- 242. Note soppresse.
243. Articolo inserito con l.r. 9 novembre 2009, n. 65 art. 18.
244. Articolo inserito con l.r. 23 dicembre 2009, n.77, art. 15.
245- 247. Note soppresse.
248. L'allegato A è stato prima modificato con del.c.r. 10 febbraio 2010, n. 18, poi modificato con del. c.r. 28 settembre 2010, n. 69, ed ora così modificato con del. c.r. 25 febbraio 2015, n. 14.
249. Comma inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 67 , art. 1.
250. Comma così sostituito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 1.
251. Capo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 2.
252. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 3.
253. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 4.
254. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 5.
255. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 6.
256. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 7.
257. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 8.
258. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 9.

259. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 10.
260. Articolo inserito con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 11.
261. Comma aggiunto con l.r. 30 dicembre 2010, n. 70, art. 12.
262. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 17.
263. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 48.
264. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
265. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
266. Parola così sostituita con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 50.
267. Parole soppresse con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 53.
268. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 53.
269. Nota soppressa.
270. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 56.
271. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2010, n. 65, art. 59.
272. Nota soppressa.
273. Comma prima sostituito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 1, poi sostituito con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 129. Infine comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 36.
274- 275. Note soppresse.
276. Parole così sostituite con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 3.
277- 283. Note soppresse.
284. Articolo prima inserito con l.r. 3 maggio 2011, n. 16, art. 8, ed ora così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 29.
285. Parole aggiunte con l.r. 11 maggio 2011, n. 19, art. 7.
286. Nota soppressa.
287. In relazione agli organi sanitari si veda quanto disposto dall'articolo 3 della l.r. 30 ottobre 2010, n. 55.
288. Si veda l'articolo 4 della l.r. 30 ottobre 2010, n. 55.
289- 291. Note soppresse.
292. Parole inserite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 119.
293. Parola così sostituita con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 128.
294. Parole così sostituite con l.r. 27 dicembre 2011, n. 66, art. 130.
295. Nota soppressa.
296. Si veda l'art. 132 della l.r. 27 dicembre 2011, n. 66.
297. Parole inserite con l.r. 2 marzo 2012, n. 7, art. 19.
298. Comma così sostituito con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
299. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
300. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
301. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
302. Comma aggiunto con l.r. 20 luglio 2012, n. 39, art. 12.
303. Regolamento regionale 4 gennaio 2012, n. 1/R.
304. Nota soppressa.
305. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 10.
306. Nota soppressa.
307. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 12.
308. Articolo prima inserito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 13, ed ora così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 21.
309. Articolo così sostituito con l.r. 27 dicembre 2012, n. 81, art. 14.
310. Comma prima sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 62, ed ora abrogato con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 52.
311. Articolo così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47.
312. Comma inserito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 64.
313. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 64.
314- 315. Note soppresse.
316. Articolo così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 68.
317. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 69.
318. Comma così sostituito con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 70.
319. Comma abrogato con l.r. 9 agosto 2013, n. 47, art. 71.
320. Articolo inserito con l.r. 24 dicembre 2013, n. 77, art. 37.
321. Nota soppressa.
322. Comma aggiunto con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 1.
323. Nota soppressa.
324. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 3.
325. Comma così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 4.
326. Comma inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 4.
327. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 4.

328. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 5.
329. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 6.
330. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 7.
331. Parole inserite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 8.
332. Nota soppressa.
333. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 10.
334. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 11.
335. Rubrica così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 12.
336. Articolo così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 13.
337. Comma così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 14.
338. Comma abrogato con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 14.
339. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 14.
340. Comma inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 14.
341. Articolo inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 15.
342. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 16.
343. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 16.
344. Comma così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 16.
345. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 17.
346. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 18.
347. Comma così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 18.
348. Comma inserito sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 18.
349. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 18.
350. Comma così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 19.
351. Lettera aggiunta con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 19.
352. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 20.
353. Articolo così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 21.
354. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 22.
355. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 23.
356. Lettera aggiunta con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 23.
357. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 24.
358. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 24.
359. Articolo così sostituito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 25.
360. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 26.
361. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 26.
362. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 27.
363. Parola così sostituita con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 28.
364. Parole così sostituite con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 29.
365. Articolo abrogato con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 30.
366. Articolo prima inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26 , art. 31, ed ora abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 31.
367. Articolo prima inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 32, poi sostituito con l.r. 29 dicembre 2014, n. 86, art. 38 ed ora abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 32.
368. Articolo prima inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 33, ed ora abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 33.
369. Articolo prima inserito con l.r. 23 maggio 2014, n. 26, art. 34, ed ora abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 34.
370. Per effetto dell'abrogazione del comma 1 ter, dell' articolo 101, della l.r. 40/2005 i cui contenuti sono trasposti all' articolo 101.1 (Acquisto beni e servizi), comma 5 della l.r. 40/2005, continua ad avere effetto il d.p.g.r. 21 gennaio 2014, n. 3/R .
371- 374. Note soppresse.
375. Articolo prima inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 3; e poi abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 14.
376. Articolo così sostituito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 6.
377. Parole soppresse con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 7.
378. Parole soppresse con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 8.
379. Articolo prima inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 10, ed ora abrogato con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 8.
380. Parole aggiunte con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 11.
381. Articolo inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 12.
382. Parole così sostituite con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 13.
383. Parole aggiunte con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 14.
384. Parole così sostituite con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 14.
385. Articolo inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 15.
386. Articolo inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 16.

387. Comma inserito con l.r. 29 luglio 2014, n. 44, art. 17.
388. Parole soppresse con l.r. 7 gennaio 2015, n. 2, art. 11.
389. Parola inserita con l.r. 7 gennaio 2015, n. 2, art. 12.
390. Parole così sostituite con l.r. 7 gennaio 2015, n. 2, art. 12.
391. Parole soppresse con l.r. 7 gennaio 2015, n. 2, art. 12.
392. Comma così sostituito con l.r. 7 gennaio 2015, n. 2, art. 12.
393. Parole così sostituite con l.r. 26 marzo 2015, n. 36, art. 1.
394. Parole così sostituite con l.r. 26 marzo 2015, n. 36, art. 2.
395. Parole così sostituite con l.r. 26 marzo 2015, n. 36, art. 3.
396. Comma aggiunto con l.r. 27 marzo 2015, n. 37, art. 4.
397. Comma così sostituito con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 1.
398. Comma inserito con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 2.
399. Comma così sostituito con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 2.
400. Parole inserite con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 3.
401. Comma così sostituito con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 4.
402. Comma così sostituito con l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 5.
403. Vedi la l.r. 13 aprile 2015, n. 47, art. 6 – Norme di prima applicazione.
404. Comma inserito con l.r. 4 agosto 2015, n. 63, art. 10.
405. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
406. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
407. Numero così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
408. Numero inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
409. Numero abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
410. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 1.
411. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 2.
412. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 3.
413. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 3.
414. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 4.
415. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 5.
416. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 6.
417. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 6.
418. Articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 7.
419. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 8.
420. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 9.
421. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 10.
422. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 11.
423. Lettera abrogata con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 12.
424. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 12.
425. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 12.
426. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 12.
427. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 12.
428. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 13.
429. Lettera abrogata con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 13.
430. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 13.
431. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 13.
432. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 16.
433. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 17.
434. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 18.
435. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 20.
436. Comma abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 20.
437. Parola soppressa con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 20. Vedi Avviso di rettifica pubblicato sul B.U. del 13 gennaio 2016, n. 1.
438. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 21.
439. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 22.
440. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 23.
441. Comma aggiunto con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 23.
442. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 24.
443. Comma aggiunto con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 25.
444. Comma aggiunto con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 26.
445. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 27.
446. Parola soppressa con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 28.

447. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 29.
448. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 30.
449. Articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 31.
450. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 32.
451. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 33.
452. Parola inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 34.
453. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 34.
454. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 35.
455. Nota soppressa.
456. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 38.
457. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 39.
458. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 39.
459-460. Note soppresse.
461. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 41.
462. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 42.
463. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 42.
464. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 43.
465. Articolo abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 44.
466. Articolo abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 45.
467. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 46.
468. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 46.
469. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 46.
470. Comma abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 46.
471. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 47.
472. Parola così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 47.
473. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 47.
474. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 47.
475. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 48.
476. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 49.
477. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 49.
478. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 49.
479. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 50.
480. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 50.
481. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 51.
482. Parole soppresse con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 52.
483. Comma abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 52.
484. Parola così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 53.
485. Articolo così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 54.
486. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
487. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
488. Numero abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
489. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
490. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
491. Parola inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
492. Comma abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 55.
493. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 57.
494. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 58.
495. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 59.
496. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 59.
497. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 59.
498. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 59.
499. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 59.
500. Parola inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 60.
501. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 61.
502. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
503. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
504. Lettera aggiunta con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
505. Parola soppressa con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
506. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
507. Parola così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.

508. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 62.
509. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 63.
510. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 63.
511. Lettera abrogata con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 63.
512. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 63.
513. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 64.
514. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 65.
515. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 66.
516. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 67.
517. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 68.
518. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 69.
519. Articolo abrogato con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 70.
520. Parole aggiunte con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 71.
521. Parola soppressa con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 71.
522. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 72. Vedi Avviso di rettifica pubblicato sul B.U. del 13 gennaio 2016, n. 1.
523. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 72.
524. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 72.
525. Comma inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 72.
526. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 73.
527. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 74.
528. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 74.
529. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 75.
530. Parole inserite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 76.
531. Articolo inserito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 77.
532. Comma prima aggiunto con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 78, ed ora abrogato con l.r. 9 agosto 2016, n. 58, art. 20.
533. Comma così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 80.
534. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 81.
535. Numero così sostituito con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 81.
536. Lettera inserita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 82.
537. Lettera così sostituita con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 82.
538. Parole così sostituite con l.r. 29 dicembre 2015, n. 84, art. 82.
539-540. Note soppresse.
541. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 2.
542. Lettera inserita con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 3.
543. Periodo soppresso con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 4.
544. Rubrica così sostituita con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 5.
545. Nota soppressa.
546. Parole inserite con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 6.
547. Comma aggiunto con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 6.
548. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 7.
549. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 8.
550. Parole soppresse con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 9.
551. Parole aggiunte con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 9.
552. Lettera aggiunta con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 10.
553. Parole soppresse con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 11.
554. Parole aggiunte con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 11.
555. Parole inserite con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 12.
556. Lettera così sostituita con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 12.
557-558. Note soppresse.
559. Comma inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 14.
560. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 14.
561. Parole così sostituite con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 15.
562. Comma inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 15.
563. Parole aggiunte con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 17.
564. Parole soppresse con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 18.
565. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 18.
566. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 18.
567. Articolo inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 19.
568. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 20.
569. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 20.

570. Parola così sostituita con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 20.
571. Parole così sostituite con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 22.
572. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 22.
573. Comma inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 22.
574. Parole inserite con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 22.
575. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 22.
576. Articolo inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 23.
577. Comma inserito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 24.
578. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 25.
579. Parole aggiunte con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 26.
580. Comma così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 26.
581. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 26.
582. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 27.
583. Articolo abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 28.
584. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 29.
585. Comma abrogato con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 30.
586. Allegato così sostituito con l.r. 14 luglio 2016, n. 44, art. 35.
587. Nota soppressa.
588. Lettera così sostituita con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 17.
589. Parole così sostituite con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 18.
590. Parole soppresse con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 18.
591. Parole soppresse con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 18.
592. Comma inserito con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 19.
593. Lettera aggiunta con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 19.
594. Lettera aggiunta con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 19.
595. Articolo inserito con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 20.
596. Comma così sostituito con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 21.
597. Parole soppresse con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 21.
598. Articolo inserito con l.r. 22 febbraio 2017, n. 5, art. 22.
599. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 1.
600. Parole aggiunte con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 1.
601. Articolo inserito con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 2.
602. Parole inserite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 3.
603. Comma inserito con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 4.
604. Parole aggiunte con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 5.
605. Comma inserito con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 5.
606. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 6.
607. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 7.
608. Comma così sostituito l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 7.
609. Comma inserito con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 7.
610. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 8.
611. Parola così sostituita con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 8.
612. Comma aggiunto con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 8.
613. Parole aggiunte con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
614. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
615. Parola così sostituita con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
616. Parole inserite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
617. Comma inserito con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
618. Comma abrogato con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 9.
619. Comma aggiunto con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 10.
620. Rubrica così sostituita con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 11.
621. Comma così sostituito l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 11.
622. Comma aggiunto l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 11.
623. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 12.
624. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 13.
625. Parole così sostituite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 14.
626. Parole inserite con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 16.
627. Parole aggiunte con l.r. 23 marzo 2017, n. 11, art. 17.
628. Parole così sostituite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 1.
629. Articolo così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 2.
630. Capo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 3.
631. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 4.

632. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 5.
633. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 6.
634. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 7.
635. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 8.
636. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 9.
637. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 10.
638. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 11.
639. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 12.
640. Parole aggiunte con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
641. Parole così sostituite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
642. Comma inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
643. Comma inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
644. Comma inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
645. Comma inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
646. Parole inserite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 13.
647. Comma aggiunto con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 14.
648. Parola così sostituita con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 15.
649. Lettera abrogata con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 15.
650. Parole soppresse con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 16.
651. Parole così sostituite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 16.
652. Comma così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 16.
653. Articolo così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 17.
654. Parole così sostituite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 18.
655. Capo abrogato con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 19.
656. Parole aggiunte con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 20.
657. Lettera così sostituita con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 21.
658. Parole così sostituite con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 21.
659. Articolo così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 22.
660. Articolo così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 23.
661. Articolo così sostituito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 24.
662. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 25.
663. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 26.
664. Articolo inserito con l.r. 25 luglio 2017, n. 36, art. 28.
665. Rubrica così sostituita con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 51.
666. Nota soppressa.
667. Comma inserito con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 52.
668. Parole soppresse con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 53.
669. Parole aggiunte con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 54.
670. Rubrica così sostituita con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 55.
671. Parole soppresse con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 56.
672. Lettera abrogata con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 57.
673. Lettera così sostituita con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 57.
674. Comma così sostituito con l.r. 12 dicembre 2017, n. 70, art. 57.
675. Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 1.
676. Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 1.
677. Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 2.
678. Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 3.
679. Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 4.
680. Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 5.
681. Parole inserite con l.r. 14 dicembre 2017, n. 75, art. 6.
682. Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2017, n. 74, art. 22.
683. Lettera abrogata con l.r. 14 dicembre 2017, n. 74, art. 23.
684. Articolo inserito con l.r. 27 dicembre 2017, n. 80, art. 4.
685. Regolamento regionale 13 febbraio 2018, n. 7/R.
686. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 1.
687. Comma inserito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 1.
688. Articolo abrogato con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 2.
689. Articolo così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 3.
690. Parole soppresse con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 4.
691. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 4.
692. Comma abrogato con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 4.
693. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 5.
694. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 5.

695. Comma inserito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 5.
696. Parole così sostituite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 5.
697. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 6.
698. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 7.
699. Lettera inserita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 7.
700. Parole così sostituite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 8.
701. Parole così sostituite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 9.
702. Parole così sostituite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 10.
703. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 11.
704. Parole così sostituite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 12.
705. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 13.
706. Parole inserite con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 14.
707. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 14.
708. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 14.
709. Comma così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 15.
710. Articolo così sostituito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 16.
711. Lettera abrogata con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 17.
712. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 18.
713. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 19.
714. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 20.
715. Lettera così sostituita con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 21.
716. Parole aggiunte con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 22.
717. Articolo inserito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 23.
718. Articolo inserito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 24.
719. Articolo inserito con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 25.
720. Comma aggiunto con l.r. 24 luglio 2018, n. 40, art. 26.
721. Per la fase transitoria vedasi l'art. 142 undecies.

Allegati

All1 - Allegato A

All2 - Allegato B

Anno XLIV – N. 210 – Iscritto nel registro Stampa del Tribunale di Milano (n. 656 del 21 dicembre 2010) – Proprietario: Giunta Regionale della Lombardia – Sede Direzione e redazione: p.zza Città di Lombardia, 1 – 20124 Milano – Direttore resp.: Fabrizio De Vecchi – Redazione: tel. 02/6765 int. 4428 – 5748; e-mail: burl@regione.lombardia.it

33

Supplemento - Venerdì 14 agosto 2015

Regione Lombardia

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

SOMMARIO

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) 2

Regione Lombardia – 2 – Bollettino Ufficiale
Supplemento n. 33 - Venerdì 14 agosto 2015

Legge regionale 11 agosto 2015 - n. 23
Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)

IL CONSIGLIO REGIONALE
ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1
(Modifiche al Titolo I e al Titolo II della l.r. 33/2009)

1. Alla legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità) sono apportate le seguenti modifiche:

a) la rubrica del Titolo I è sostituita dalla seguente:*«(Norme sul sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo)»;*

b) gli articoli del Titolo II da 2 a 27 confluiscono nel Titolo I;

c) il Titolo II «Norme sul servizio sanitario regionale» è abrogato;

d) l'articolo 1 è sostituito dal seguente:

«Art. 1
(Oggetto)

1. Il sistema sanitario, sociosanitario e sociale integrato lombardo, di seguito denominato sistema sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali.

2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e dello Statuto d'autonomia, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR), costituito dall'insieme di funzioni, servizi, attività e professionisti che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria a carico della Regione.

3. La presente legge favorisce, inoltre, per quanto di competenza e nell'ambito del SSL, l'integrazione del SSR con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.»;

e) l'articolo 2 è sostituito dal seguente:

«Art. 2
(Principi)

1. La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:

a) rispetto della dignità della persona, centralità del ruolo della famiglia e dell'equità di accesso ai servizi ricompresi nel SSR;

b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, per la cura e la presa in carico, in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL;

c) orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso;

d) separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quelle di erogazione, svolte dal vertice dell'organizzazione dell'articolazione territoriale del SSL;

e) promozione della partecipazione consapevole e responsabile dei cittadini e delle comunità nei confronti dei corretti stili di vita e nei percorsi di prevenzione, di cura, di assistenza e di terapia farmacologica, anche prevedendo politiche finalizzate ad iniziative che favoriscano l'invecchiamento attivo;

f) promozione dell'appropriatezza clinica, della trasparenza amministrativa, economica e organizzativa e della qualità prestazionale;

g) garanzia dei controlli e piena applicazione dei costi standard;

h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nell'ambito della programmazione regionale, in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;

i) promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato, che non devono essere considerate sostitutive di servizi;

j) garanzia dell'universalità del SSL e della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali, coinvolgendo tutti i soggetti pubblici e privati, insistenti sul territorio lombardo, nel rispetto delle relative competenze e funzioni;

k) promozione delle forme di integrazione operativa e gestionale tra i soggetti erogatori dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali del SSL e attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale nell'individuazione delle soluzioni gestionali dei servizi a livello territoriale;

l) promozione e sostegno all'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in tutte le componenti del SSL e collaborazione con le università con la finalità di promuovere la formazione del personale;

m) valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del SSL;

n) attuazione dell'attività di prevenzione e di promozione della salute in coerenza con il piano regionale della prevenzione.»;

f) l'articolo 3 è sostituito dal seguente:

«Art. 3
(Finalità)

1. La Regione, nell'ottica dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali nell'ambito del SSL, attraverso il SSR:

a) tutela il diritto alla salute del cittadino;

b) garantisce adeguati percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

c) sostiene le persone e le famiglie;

d) promuove, in particolare, l'integrazione dei servizi sanitario, sociosanitario e sociale, favorendo la realizzazione di reti sussidiarie di supporto che intervengono in presenza di fragilità sanitarie, sociali e socioeconomiche; le reti sono finalizzate a tutelare il benessere di tutti i componenti della famiglia, anche in presenza di problematiche assistenziali derivanti da non autosufficienza e da patologie cronico-degenerative.

2. Ai fini della presente legge si intende per:

a) servizio sanitario, l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;

b) servizio sociale, l'erogazione di prestazioni assistenziali di supporto alla persona e alla sua eventuale famiglia;

c) servizio sociosanitario, l'erogazione di prestazioni e servizi a elevata integrazione sanitaria e sociale.

3. La Regione individua e promuove con il piano sanitario, sociosanitario e sociale integrato e con i piani di organizzazione strategico aziendali, di cui all'articolo 17, anche azioni che:

a) favoriscono l'appropriatezza clinica ed economica;

b) garantiscono la parità di accesso alle prestazioni e l'equità nella compartecipazione al costo delle stesse;

c) incentivano la responsabilità della persona e della sua famiglia;

d) contemplano anche il ricorso a forme integrative di finanziamento dei servizi.

4. Per la stesura del PSL la Regione si può avvalere degli organismi di cui all'articolo 5 comma 13 e del dipartimen-

to di coordinamento unico delle ATS istituito presso l'assessorato competente.

5. La Regione nell'ambito delle proprie competenze, in applicazione dei principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un accesso appropriato, unico ed integrato al SSL, definisce, anche attraverso l'introduzione di strumenti di valutazione multidimensionale dei bisogni, le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

6. La Regione nell'ambito degli interventi sociosanitari garantisce la libertà di scelta e riconosce la persona quale destinatario delle azioni e degli interventi, anche sulla base della valutazione multidimensionale personalizzata del bisogno. A tali fini istituisce anche un sistema di buoni e voucher da destinare agli utenti.

7. L'accesso alla rete delle unità d'offerta sociosanitarie prevede la compartecipazione al costo delle prestazioni per la parte non a carico del fondo sanitario lombardo, nel rispetto della disciplina nazionale inerente i livelli essenziali di assistenza, secondo modalità e criteri stabiliti dalla Giunta regionale. La Giunta definisce, anche individuando forme sperimentali, le modalità e i protocolli per consentire alle persone con bassa capacità reddituale di accedere alla rete di offerta sociosanitaria, anche attraverso la modulazione delle esenzioni e delle compartecipazioni in base al reddito, anche secondo criteri di progressività e in base alla situazione familiare.»;

g) l'articolo 4 è sostituito dal seguente:

«Art. 4
(Piano sociosanitario integrato lombardo)

1. Il Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale, approva il piano sociosanitario integrato lombardo (PSL), quale strumento unico e integrato di programmazione coordinata del SSL. Il PSL definisce, sulla base della valutazione epidemiologica territoriale, dei dati del sistema informativo e della rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali:

a) il quadro previsionale dei bisogni della popolazione, basato su una preventiva mappatura epidemiologica territoriale specifica che tenga conto dei problemi emergenti;

b) gli indicatori in base ai quali sono determinati i volumi di attività per ognuno dei livelli essenziali di assistenza, secondo il criterio dell'appropriatezza clinica e dei percorsi diagnostico terapeutici, di prevenzione ed assistenziali;

c) gli indicatori di risultato da impiegare per il controllo e la valutazione dell'efficienza, dell'efficacia, della qualità, dell'appropriatezza e dell'economicità delle prestazioni e dei servizi erogati;

d) i progetti obiettivo e le azioni da adottare per rispondere a specifiche aree di bisogno e le relative modalità di finanziamento, anche in forma sperimentale attraverso l'integrazione con la rete del sistema sociale;

e) le linee di indirizzo del sistema regionale integrato per la prevenzione e la promozione della salute, anche psicofisica, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità e appropriatezza clinica, a partire da una capillare e puntuale educazione sanitaria, precipuamente in ambiente scolastico, con particolare riferimento alla promozione dei corretti stili di vita e a progetti che incentivino la difesa della salute, anziché la cura della malattia;

f) le linee di indirizzo per l'elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino anche su indicazione del medico di medicina generale e che promuovano un processo di integrazione tra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle sociali di competenza delle autonomie locali;

g) le linee d'indirizzo che garantiscano la semplificazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, nonché dei percorsi di cura ed assistenza, anche attraverso il consolidamento di prassi e sperimentazioni, che permettano l'incremento del beneficio per la salute del cittadino, il miglioramento funzionale ed economico dei servizi erogati al cittadino;

h) l'identificazione del contenuto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie ai fini della riconduzione delle stesse alle categorie di tipo acuto, intermedio, sub acuto, post acuto o riabilitativo a media e bassa intensità nel rispetto della normativa nazionale.

2. Il PSL, coerentemente con il piano sanitario nazionale (PSN), declina gli obiettivi del Piano Regionale di Sviluppo (PRS), ha durata quinquennale e può essere aggiornato annualmente con il documento di economia e finanza regionale (DEFR).»;

h) dopo l'articolo 4 è inserito il seguente:

«Art. 4 bis
(Piano regionale della prevenzione)

1. La Regione promuove le attività di prevenzione e di promozione della salute con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute fisica, mentale e sociale della popolazione, di eliminare i fattori di rischio individuali e ambientali, di ridurre le disuguaglianze favorendo l'accesso alle attività di prevenzione e indicata dalle linee guida sanitarie.

2. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, l'igiene degli alimenti e della nutrizione, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi individuali e ambientali, vengono svolte dal dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS di cui all'articolo 6, comma 6 che coordina anche la rete dei soggetti erogatori delle prestazioni di prevenzione specialistica, in coerenza con il piano regionale della prevenzione (PRP).

3. Il Consiglio regionale, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale, su proposta della Giunta regionale, tenuto conto dei dati rilevati dall'osservatorio di cui all'articolo 5 bis, approva il PRP. Le indicazioni di carattere organizzativo sono rinviate a specifici atti di programmazione.

4. Le attività di promozione della salute e di prevenzione primaria collettiva sono svolte dalle ATS e dalle ASST secondo le relative funzioni e attraverso le proprie articolazioni territoriali.

5. Il PRP ha durata triennale e definisce, in coerenza con il piano nazionale della prevenzione, in quale cornice di valori e principi si sviluppa la pianificazione della prevenzione, con particolare riferimento a:

a) la centralità della salute, intesa come bene comune universale e quindi anche come diritto inalienabile di ogni individuo e interesse della collettività, da garantire non solo attraverso un razionale e appropriato sistema di assistenza e cura, ma anche e soprattutto praticando e potenziando la prevenzione;

b) processi di promozione della salute che attivino il ruolo delle politiche non sanitarie;

c) l'integrazione funzionale, intersettoriale e interistituzionale tra tutti i sottosistemi articolati del sistema sociosanitario e in particolare l'integrazione territoriale, indispensabile per la programmazione di interventi di prevenzione primaria; il lavoro di rete tra operatori, enti e istituzioni coinvolte, a vario titolo, nelle attività di prevenzione e promozione della salute;

d) l'efficacia e l'appropriatezza con l'applicazione della prevenzione basata su prove e di evidenza scientifica;

e) la responsabilizzazione e la partecipazione di tutti gli operatori, indispensabili per promuovere ai diversi livelli il perseguimento di obiettivi di salute e favorire la convergenza dei piani di azione dei singoli soggetti e l'integrazione dei diversi settori.

6. Il PRP individua, quali assi d'intervento prioritari rivolti anche alla riduzione delle disuguaglianze di salute all'interno del SSL in tutte le sue articolazioni:

a) il miglioramento dell'ambiente fisico, sociale ed economico;

b) l'intervento precoce per la diffusione di stili di vita, nelle sue diverse fasi, per una buona salute e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;

c) la prevenzione delle malattie infettive prevenibili con vaccinazioni secondo le indicazioni dei piani e dei calendari vaccinali;

d) una visione ampia della salute che ricerchi anche le interazioni migliori con i servizi che operano nel campo della salute mentale e per il contrasto alle dipendenze, in modo da rafforzare le azioni che con-

sentono la sorveglianza di varie forme di disagio individuale e sociale e la loro prevenzione.

7. Il PRP inoltre deve:

a) individuare evidenze scientifiche a sostegno delle scelte operative;

b) garantire il corretto utilizzo delle risorse, oltre che il conseguimento del risultato vero di salute;

c) valutare quantitativamente e qualitativamente i risultati raggiunti anche dal punto di vista clinico;

d) costituire strumento per la revisione e la conseguente riprogrammazione degli interventi.»;

i) l'articolo 5 è sostituito dal seguente:

«Art. 5
(Funzioni della Regione)

1. La Regione garantisce l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla medesima con risorse proprie, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza della rete ospedaliera. Assicura la presa in carico della persona, garantendo la continuità delle cure erogate e, per quanto possibile nel suo contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati.

2. La Regione esercita funzioni di programmazione, indirizzo e controllo, garantendo la più efficiente, efficace, economica e appropriata uniformità metodologica e prestazionale su tutto il territorio lombardo, anche con il supporto tecnico degli enti del sistema regionale e nei limiti e con la gradualità concessi dalle risorse disponibili.

3. La Regione tutela la salute, assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza previsti dalla normativa nazionale e, compatibilmente con le risorse disponibili, ne promuove livelli più elevati. Dispone il reperimento delle risorse integrative del fondo sanitario regionale e determina i livelli di partecipazione alla spesa dei cittadini. Assicura, sia a livello centrale sia periferico, una adeguata separazione organizzativa delle funzioni di programmazione, acquisto e terzietà dei controlli, distinguendole da quella di erogazione delle prestazioni. Definisce le regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonchè le relative tariffe delle prestazioni, compresa la tariffa di presa in carico della cronicità attraverso un sistema in continuo aggiornamento.

4. I requisiti di accreditamento e la contrattualizzazione si ispirano anche al principio della piena flessibilità e autonomia organizzativa di tutti i soggetti erogatori, quale strumento per perseguire la massima efficienza e il migliore soddisfacimento della domanda di prestazione da parte dei cittadini.

5. La Regione promuove lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori.

6. La Giunta regionale approva, entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, le regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti stipulati dalle agenzie di tutela della salute di cui all'articolo 6 con i soggetti erogatori; effettua altresì il monitoraggio del sistema e dei costi ed opera periodiche valutazioni circa l'attività svolta all'interno del SSL, pubblicando gli esiti sul sito della Regione.

7. La Regione promuove con propri indirizzi l'appropriatezza clinica e organizzativa, l'utilizzo efficiente delle risorse, la valutazione della qualità dei servizi, declinata in termini di accessibilità, efficacia e gradimento degli utenti, la definizione di adeguate metodologie di monitoraggio e controllo dei servizi. In particolare, la Regione, nell'esercizio della predetta funzione di indirizzo:

a) definisce, consultate le autonomie locali secondo le modalità di cui all'articolo 20, la programmazione territoriale, sulla scorta dei dati epidemiologici e in base a criteri di efficacia, efficienza e valutazione degli esiti, anche avvalendosi di modelli previsionali;

b) predispone un programma di valutazione, secondo le più aggiornate metodologie, dell'efficacia delle tecnologie, delle prestazioni, dei modelli assistenziali, dei farmaci, di programmi e offerte nel campo della promozione della salute e della prevenzione;

c) sulla base delle valutazioni di cui alla lettera b) e conformemente a quanto previsto dal comma 14, fornisce indicazioni circa l'utilizzo appropriato ed efficace di farmaci, dispositivi medici e il governo dell'innovazione in questi settori;

d) elabora linee guida per garantire uniformità di approccio nella cura di patologie e nell'utilizzo di tecnologie diagnostico terapeutiche;

e) elabora modelli previsionali ed epidemiologici utili alla programmazione, collaborando con le società scientifiche e con i centri di ricerca;

f) mette in atto le opportune strategie per promuovere l'appropriatezza delle cure, promuovendo la presa in carico responsabile e continuativa, anche al fine di prevenire comportamenti illegittimi;

g) garantisce l'attività di governo del sistema delle cure primarie, secondo quanto demandato dalla contrattazione nazionale;

h) promuove la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro;

i) attua interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela e in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche;

j) definisce le linee di indirizzo in tema di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria;

k) promuove e facilita progetti relativi a programmi di corretti stili di vita, di utilizzo responsabile dei farmaci, di monitoraggio e verifica dell'aderenza agli stessi programmi, al fine di migliorare l'educazione individuale alla salute;

l) stabilisce i volumi e le tipologie di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, di degenza e ambulatoriali che possono essere soddisfatti nella sede pubblica e in quella privata, secondo un corretto rapporto di competitività, assicurando alle agenzie di tutela della salute la definizione di budget territoriali e riservando a queste ultme una quota da destinare in relazione agli specifici fabbisogni del territorio di competenza alla contrattazione locale con i soggetti erogatori;

m) verifica attraverso le relazioni sanitarie aziendali la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;

n) definisce i criteri per garantire, in aggiunta ai contratti di formazione specialistica ministeriali, le modalità di accesso e il relativo finanziamento, nei limiti delle disponibilità finanziarie del bilancio regionale e comunque senza oneri a carico del fondo sanitario nazionale, per l'attivazione di contratti regionali numericamente e tipologicamente adeguati alle reali necessità del SSL, valutati di concerto con le università lombarde e le associazioni di categoria degli studenti e dei medici in formazione, da assegnare a laureati delle università aventi sede in Lombardia e abilitati all'esercizio della professione.

8. La Regione costituisce il gruppo di approfondimento tecnico per le tecnologie sanitarie (GATTS), nell'ambito e nel rispetto delle indicazioni nazionali di competenza dell'agenzia italiana del farmaco (AIFA), che svolge attività consultiva sull'utilizzo appropriato, efficace ed efficiente dei farmaci, delle protesi, ovvero dei dispositivi dotati di marchio CE e i farmaci dotati di AIC. Il GATTS si occupa di produrre informazioni per le realtà tecniche e professionali del SSL necessarie alla valutazione e utilizzo dei farmaci e delle tecnologie sanitarie nei percorsi diagnostico terapeutici, attraverso l'uso di metodologie validate di valutazione epidemiologica, clinica, sociosanitaria ed economica; fornisce, altresì alle agenzie di tutela della salute, alle aziende erogatrici e all'Azienda regionale centrale acquisti s.p.a. (ARCA) indirizzi per le attività relative alla farmacoeconomia, la farmacoepidemiologia e la farmacovigilanza,

attraverso specifici servizi in esse attivati e pubblica sintesi certificate della letteratura scientifica. Presso il GATTS è attivato il centro regionale di farmacovigilanza, già istituito e organizzato con provvedimenti della Giunta regionale che partecipa alla rete europea e nazionale di farmacovigilanza, in attuazione della direttiva UE 2010/84 recepita con Decreto del Ministero della salute. Il GATTS è rinnovato ogni tre anni ed è costituito, con la partecipazione a titolo gratuito, da cinque membri, nominati dalla Giunta regionale, individuati tra gli esperti con documentata esperienza scientifica nella valutazione epidemiologica, sociale ed economica delle tecnologie sanitarie. Il GATTS si avvale altresì di società scientifiche e specifici esperti dei settori oggetto delle specifiche valutazioni.

9. La Regione, in coerenza con la normativa nazionale ed europea, promuove e coordina la collaborazione anche con le realtà economiche, produttive e commerciali locali ed internazionali, finalizzata al miglioramento degli standard qualitativi e al concorso del SSL al rilancio strategico e socioeconomico territoriale della Lombardia, anche attraverso lo sviluppo di progetti di cooperazione internazionale e di partenariato in ambito sanitario, pubblicando annualmente una relazione sul sito della Regione.

10. La Giunta regionale definisce strategie di gestione del rischio clinico delle strutture pubbliche attraverso un percorso uniforme e integrato inteso a prevenire eventi avversi ed utili a fornire alle medesime strutture e, per quanto di competenza, ai professionisti forme di copertura assicurativa o di altre analoghe misure che forniscano strumenti per la copertura dei rischi e dei danni derivanti da responsabilità professionale, nonché alla responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera. Tali strategie sono finalizzate a garantire livelli uniformi di tutela del paziente e degli operatori a livello di sistema regionale, assicurando omogeneità nella gestione e valutazione dei sinistri, attraverso la determinazione di criteri e obiettivi per la definizione transattiva e stragiudiziale dei medesimi, per ottenere la riduzione dei tempi e determinare la complessiva congruità dei risarcimenti eventualmente riconosciuti da parte degli operatori del SSL.

11. Ferme restando le disposizioni legislative vigenti in materia assicurativa, anche attraverso il coinvolgimento delle categorie professionali interessate, la Regione definisce in sede di approvazione del PSL le aree di rischio clinico rispetto alle quali è necessario sviluppare i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) da utilizzare come linee guida del SSL, finalizzate ad ottenere la riduzione della pratica della cosiddetta medicina difensiva.

12. La Regione promuove e sostiene l'attività di ricerca, innovazione e sperimentazione e coordina, anche avvalendosi della Fondazione regionale per la ricerca biomedica, le attività nell'ambito della rete di strutture specialistiche di riferimento, nonché, nel rispetto del principio di autonomia, l'alta specializzazione degli IRCCS.

13. Per garantire il raggiungimento dei propri obiettivi, la Regione può avvalersi di ulteriori organismi di supporto, quali i tavoli tecnici tematici e l'Osservatorio integrato del SSL di cui al comma 14, la cui composizione e modalità di funzionamento sono definite con deliberazioni della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare e i presidenti dei consigli di rappresentanza dei sindaci.

14. Al fine di valorizzare negli atti di indirizzo e programmazione regionale le istanze provenienti dal mondo scientifico del lavoro e delle professioni, la Regione istituisce l'Osservatorio integrato del SSL, rappresentativo di tutte le professioni e delle realtà sanitarie, sociosanitarie e sociali operanti nella Regione, attraverso il coinvolgimento del GATTS di cui al comma 8, degli ordini, collegi, associazioni di categoria e imprenditoriali, organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, società scientifiche, associazioni di volontariato, rappresentanze di cittadini e pazienti, università e istituti, agenzie, aziende sociosanitarie e IRCCS di diritto pubblico e privato, nonché di singoli esperti o rappresentanze specifiche che ne facciano motivata richiesta. Nell'ambito dell'Osservatorio sono costituiti tavoli tematici, anche permanenti, finalizzati all'espressione di pareri. Compito prioritario dell'Osservatorio è la valutazione, preventiva alla sua trasmissione in Consiglio regionale, del PSL e delle sue variazioni, con l'espressione di un parere consultivo, comprensivo di eventuali proposte di modifiche. Nell'ambito dell'Osservatorio sono altresì svolte le funzioni della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) alla quale partecipano i presidenti delle conferenze dei sindaci delle agenzie per la tutela della salute ed i rappresentanti regionali delle autonomie locali.

15. La Regione, graduando l'attivazione in funzione delle disponibilità finanziarie, può introdurre nel SSL la presa in carico delle malattie rare, delle terapie con ausilio di animali e delle cure odontoiatriche e della salute del cavo orale, prevedendo, con appositi atti di Giunta regionale, i relativi meccanismi di accreditamento e contrattualizzazione analogamente alle altre prestazioni erogate dal SSL.

16. La Regione favorisce la crescita e lo sviluppo dei soggetti pubblici e privati, erogatori e non, diretti o indiretti, appartenenti anche al terzo settore, anche attraverso la definizione di modalità di riconoscimento, rappresentanza, consultazione, collaborazione e controllo. La Regione promuove ed elabora, altresì, forme e modelli di integrazione tra le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, sentiti i tavoli tecnici e tematici e l'Osservatorio di cui al comma 14, al fine di dare concreta e piena attuazione al principio di sussidiarietà orizzontale e di valorizzare la piena espressione delle rispettive capacità progettuali, tenuto conto delle caratteristiche di ciascuno nel sistema delle relazioni che concorrono ai diversi ambiti del SSL.

17. La Regione assicura l'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari attraverso tutti i soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata, ivi compresi gli IRCCS di diritto pubblico e privato e favorisce l'integrazione con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali.»;

j) dopo l'articolo 5 è inserito il seguente:

«Art. 5 bis
(Osservatorio epidemiologico regionale)

1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;

b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardano lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;

c) elaborare i dati contenuti nei flussi informativi provenienti dai vari livelli del SSL, compresi quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale, al fine di produrre statistiche sanitarie relative allo stato di salute e alle fragilità;

d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;

e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;

f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;

g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e migliorare gli interventi sanitari;

h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini attraverso l'accessibilità on line e la pubblicazione sul sito web di rapporti, analisi;

i) osservazione dei raggruppamenti omogenei di diagnosi (DRG) utilizzati in Lombardia, al fine di ottimizzare le prestazioni eseguite dal SSR ed evitare interventi inutili e dannosi;

j) fornire tutte le informazioni e dati di supporto necessari alle diverse direzioni generali della Giunta regionale e al Ministero della Salute per l'attuazione delle leggi regionali e nazionali.

2. L'Osservatorio epidemiologico attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di

sanità, con le università, gli enti di ricerca e con le strutture sanitarie pubbliche e private in grado di fornire supporto per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 1.

3. La Regione provvede a predisporre rapporti periodici sul quadro epidemiologico regionale e territoriale, il cui confronto cronologico evidenzi i risultati in termini di riduzione della mortalità, della incidenza delle malattie e degli indicatori degli obiettivi di salute.»;

k) l'articolo 6 è sostituito dal seguente:

«Art. 6
(Agenzie di tutela della salute)

1. Sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Le ATS sono dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. Le ATS attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie. L'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie è assicurata dai soggetti accreditati e contrattualizzati di natura pubblica e privata. Le ATS garantiscono l'integrazione di tali prestazioni con quelle sociali di competenza delle autonomie locali. Le ATS stipulano contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati insistenti sul relativo territorio di competenza e garantiscono il raggiungimento degli obiettivi previsti nel PSL. In particolare, le ATS devono garantire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Alle ATS, anche attraverso l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, sono in particolare attribuite le seguenti funzioni:

a) negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dalle strutture accreditate, secondo tariffe approvate dalla Regione, come previsto dall'articolo 5, comma 3; su richiesta dei comuni e ai fini di una migliore integrazione con le prestazioni sociosanitarie, le ATS possono estendere tali attività anche alle prestazioni sociali, i cui oneri non possono comunque gravare sul fondo sanitario regionale;

b) governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;

c) governo dell'assistenza primaria e del convenzionamento delle cure primarie;

d) governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione;

e) promozione della sicurezza alimentare medica e medica veterinaria;

f) prevenzione e controllo della salute negli ambienti di vita e di lavoro, compreso il controllo periodico impiantistico e tecnologico;

g) sanità pubblica veterinaria;

h) attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa in materia di farmaceutica, dietetica e protesica;

i) vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali, come previsto dall'articolo 10 del d.lgs. 502/1992, secondo le cadenze previste dai propri piani di controllo annuali e da quelli previsti dall'agenzia di controllo di cui all'articolo 11.

4. Le ATS possono attivare un sistema di acquisti in rete attraverso forme di acquisizione aggregata, secondo modalità operative definite dalla Giunta regionale e nel rispetto del coordinamento e degli indirizzi di ARCA.

5. Le ATS, sentiti i consigli di rappresentanza dei sindaci e le assemblee dei sindaci di cui all'articolo 20 e secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis, per garantire l'integrazione della rete sanitaria e sociosanitaria con quella sociale si avvale del dipartimento di cui al comma 6, lettera f), e per organizzare tale integrazione, anche attraverso i piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario).

6. Ogni ATS adotta l'organizzazione interna più idonea alla propria realtà territoriale, sottoponendola all'approvazione della Giunta regionale, previo parere della competente commissione consiliare, articolandosi nei seguenti dipartimenti:

a) dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria;

b) dipartimento delle cure primarie;

c) dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

d) dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale;

e) dipartimento amministrativo, di controllo e degli affari generali e legali;

f) dipartimento della programmazione per l'integrazione delle prestazioni sociosanitarie con quelle sociali, con la possibilità di attivare una cabina di regia con funzioni consultive rispetto alle attività del dipartimento, la cui composizione è determinata con provvedimento del direttore generale dell'ATS secondo linee guida stabilite dalla Giunta regionale, anche al fine di risolvere le situazioni di criticità di natura sociosanitaria riscontrate nel territorio di propria competenza.

7. Le ATS provvedono alla riscossione dei ticket anche sulle proprie prestazioni sanitarie, nonché all'autorizzazione e al coordinamento della riscossione diretta da parte dei soggetti erogatori che ne facciano richiesta e, in tutti i casi di accertamento di dichiarazioni mendaci rese dagli interessati ai fini dell'esenzione dal pagamento delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria, procedono al recupero delle somme non riscosse, nonché all'applicazione, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689 (Modifiche al sistema penale) e della legge regionale 1 febbraio 2012, n. 1 (Riordino normativo in materia di procedimento amministrativo, diritto di accesso ai documenti amministrativi, semplificazione amministrativa, potere sostitutivo e potestà sanzionatoria), della sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 316-ter, secondo comma, del codice penale. Le somme riscosse a seguito dell'irrogazione delle sanzioni sono introitate dalle ATS e possono essere destinate anche all'abbattimento delle quote di compartecipazione dei cittadini ed alla riduzione delle liste d'attesa.

8. Le ATS ispirandosi ai principi di cui all'articolo 2, al fine di garantire un'efficace, efficiente, appropriata ed economica integrazione delle attività di erogazione dei servizi del SSL, prevedono che i soggetti erogatori di diritto pubblico che hanno sede ed operano sul territorio di propria competenza svolgano attività finalizzate ad ottenere il coordinamento e l'integrazione dell'erogazione di prestazioni che permettano di completare e ottimizzare l'erogazione dei propri servizi.

9. Quanto previsto dal comma 8 avviene mediante la stipula di specifici accordi che non possono modificare, né tutto né in parte, i criteri, le modalità e l'ammontare delle remunerazioni delle prestazioni erogate oggetto dell'accordo, fatta salva la preventiva ed espressa autorizzazione della Regione. In ogni caso gli accordi di cui sopra acquistano efficacia se non ratificati dal direttore generale dell'assessorato competente.

10. Con le medesime modalità ed i limiti di cui ai precedenti commi, le ATS possono autorizzare la stipula di accordi anche con soggetti privati accreditati di cui all'articolo 8, purchè in possesso di tutti i requisiti necessari per lo svolgimento dell'attività richiesta e previo espresso e preventivo consenso degli stessi soggetti privati.

11. Le ATS, coerentemente con il PSL di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), e in applicazione di quanto previsto dall'articolo 5, comma 7, possono concordare con i soggetti erogatori che operano sul proprio territorio di competenza di modificare la propria offerta, al fine di rispondere con maggiore appropriatezza ai bisogni sanitari e sociosanitari dei cittadini. In mancanza di un'adeguata offerta territoriale, le ATS adeguano la propria attività di programmazione per rispondere alla domanda inevasa di prestazioni sociosanitarie e sanitarie.»;

l) l'articolo 7 è sostituito dal seguente:

«Art. 7
(Aziende socio sanitarie territoriali e aziende ospedaliere)

1. Sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1.

2. Le ASST, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale. In particolare le ASST operano garantendo la completa realizzazione dei principi di cui all'articolo 2, comma 1, lettere h) e i).

3. Fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h), le ASST garantiscono e valorizzano il pluralismo socioeconomico, riconoscendo il ruolo della famiglia, delle reti sociali, e degli enti del terzo settore, quali componenti essenziali per lo sviluppo e la coesione territoriale e assicurano un pieno coinvolgimento degli stessi nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni.

4. Le ASST si articolano in due settori aziendali rispettivamente definiti rete territoriale e polo ospedaliero, che afferiscono direttamente alla direzione generale. La responsabilità di garantire il coordinamento della gestione di ciascun settore aziendale spetta al direttore generale il quale, al fine di ottimizzare il funzionamento e la gestione dei settori aziendali, può attribuire esclusivamente al direttore sanitario la funzione di direzione del settore aziendale polo ospedaliero ed esclusivamente al direttore sociosanitario la funzione di direttore del settore aziendale rete territoriale. La remunerazione delle prestazioni connesse allo svolgimento di tali incarichi s'intende ricompresa nel compenso pattuito al momento del conferimento della nomina da parte del direttore generale delle funzioni e dell'incarico di direttore sanitario e direttore sociosanitario delle ASST.

5. Considerata la complessità organizzativa e funzionale dei settori aziendali delle ASST, la direzione generale deve garantire sia la specificità che il coordinamento delle attività svolte dai rispettivi settori aziendali. A tal fine il direttore generale può conferire a ciascun settore aziendale, anche parzialmente, autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale, per lo svolgimento delle funzioni del settore aziendale, onde permettere il conseguimento degli obiettivi aziendali ricavabili dalla presente legge e di quelli attribuiti annualmente dal direttore generale.

6. Il direttore generale, che mantiene la piena potestà gestionale delle ASST, può revocare una o entrambe le funzioni di direzione dei settori aziendali conferiti per ragioni organizzative e gestionali.

7. Il direttore amministrativo, tenuto conto degli obiettivi aziendali dei settori rete territoriale e polo ospedaliero, sovraintende per quanto di propria competenza all'attività contabile ed amministrativa dei settori aziendali, garantendo l'unicità e l'universalità del bilancio delle ASST.

8. Alla direzione sanitaria e/o alla direzione sociosanitaria, secondo le indicazioni della direzione generale, nei settori aziendali polo ospedaliero e rete territoriale afferiscono le professioni sanitarie, ordinate sulla base di una specifica organizzazione, da definire nei piani di organizzazione aziendale, che garantisca una direzione delle attività di assistenza, tecnico sanitaria, prevenzione e riabilitazione, nelle aree previste dalla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonchè della professione ostetrica).

9. Il settore aziendale polo ospedaliero si articola in presidi ospedalieri e/o in dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura, in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri. Questo settore è prevalentemente dedicato al trattamento del paziente in fase acuta ed è sede dell'offerta sanitaria specialistica.

10. Il settore aziendale polo ospedaliero è organizzato su più livelli che distinguono i presidi ospedalieri e/o i dipartimenti per complessità di cura, tecnologica e organizzativa in coerenza con la normativa nazionale. Nel settore aziendale polo ospedaliero le unità operative sono organizzate in strutture dipartimentali, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dai CCNL di riferimento; il dipartimento di emergenza e urgenza è costituito nelle aziende e nei presidi individuati dalla programmazione regionale. La Giunta regionale dispone, nell'adozione del POAS, che in ogni ASST sia individuato il polo ospedaliero costituito da almeno un presidio ospedaliero.

11. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, per quanto di propria competenza, eroga le prestazioni distrettuali di cui al d.lgs. 502/1992, coerentemente a quanto previsto nella presente legge. Le ASST favoriscono l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con le funzioni sociali di competenza delle autonomie locali.

12. Il settore aziendale rete territoriale delle ASST, nei limiti e nelle forme della presente legge, eroga prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, le cure intermedie e garantisce le funzioni e le prestazioni medico-legali. Il settore aziendale rete territoriale eroga, altresì, le prestazioni distrettuali fornite alle persone, che erano erogate dalla ASL, ad eccezione di quelle ora espressamente attribuite alle ATS. Eroga, inoltre, le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari, eventualmente delegate dalle ATS o dalle autonomie locali, in base a livelli di intensità di cura in una logica di sistema e di integrazione delle funzioni e delle risorse, con modalità di presa in carico, in particolare per persone in condizione di cronicità e di fragilità. Le attività di prevenzione sanitaria, incluse la profilassi delle malattie infettive, la vigilanza e la tutela della salute collettiva dai rischi ambientali e individuali, sono svolte con il coordinamento del dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria delle ATS, in coerenza con il PRP che assicura la funzione di governance e l'identificazione dei soggetti erogatori delle prestazioni.

13. Al settore rete territoriale, secondo l'articolazione distrettuale di cui all'articolo 7 bis è affidata l'erogazione delle prestazioni distrettuali nei limiti previsti dalla presente legge e al quale afferiscono:

a) i presidi ospedalieri territoriali (POT);

b) i presidi socio sanitari territoriali (PreSST).

14. Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali, anche attraverso il relativo elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC). Tali presidi devono essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di strutture, quali presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e unità d'offerta sociosanitarie, collegate in via informatica con l'azienda di appartenenza e dotate di strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure.

15. I POT sono strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.

16. I PreSST costituiscono una modalità organizzativa di riferimento con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. I PreSST:

a) erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità;

b) possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione dell'ATS territorialmente competente;

c) promuovono percorsi di sanità d'iniziativa, di prevenzione e di educazione sanitaria.

17. I PreSST possono essere anche organizzati secondo le modalità previste per l'ospedale di comunità di cui al punto 10.1 dell'Allegato 1 del decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70.

18. La Regione può istituire nuove aziende ospedaliere, secondo i requisiti previsti dalla normativa vigente.

19. Nell'ambito della ATS della Città Metropolitana di Milano e della ATS montagna, in ragione della peculiarità territoriale, possono essere individuati dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentite le conferenze dei sindaci territorialmente competenti, particolari modelli gestionali, organizzativi ed aziendali che consentono un miglioramento della rete dell'offerta e una sua razionalizzazione.

20. Fatto salvo quanto definito al comma 2, le singole funzioni disciplinate nel presente articolo possono, in ogni caso, essere svolte anche da soggetti di diritto privato di cui all'articolo 8.»;

m) dopo l'articolo 7 è inserito il seguente:

«Art. 7 bis
(Distretti)

1. In ogni ATS sono costituiti un numero di distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS medesime.

2. La ATS si articola in distretti che hanno competenza sul territorio corrispondente a quello del settore aziendale territoriale delle ASST di cui all'Allegato 1 della presente legge. I distretti sono articolati dalla ATS in ambiti distrettuali, comprendenti ciascuno una popolazione di norma non inferiore a 80.000 abitanti. Nelle aree ad alta densità abitativa tale rapporto è elevato fino a 120.000 abitanti. Nelle aree montane e nelle aree a scarsa densità abitativa, l'ambito può comprendere una popolazione minima di 25.000 abitanti. Per la Città Metropolitana di Milano i distretti e le relative articolazioni in ambiti distrettuali tengono conto delle articolazioni territoriali funzionali della stessa.

3. I distretti delle ATS e le loro articolazioni territoriali di cui all'articolo 20, comma 1, con la direzione sociosanitaria delle ASST assicurano che le ASST e i soggetti erogatori del SSL abbiano risorse sufficienti per garantire l'omogeneità dell'erogazione delle prestazioni distrettuali.

4. I distretti partecipano alla cabina di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f).

5. I distretti della ATS, nell'ambito delle risorse assegnate, hanno autonomia economica-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, nonché autonomia gestionale per lo svolgimento delle funzioni assegnate e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività. I distretti delle ATS contribuiscono alla programmazione per la realizzazione della rete d'offerta territoriale, al fine di:

a) fornire informazioni alle ATS per l'analisi della domanda del territorio e per la programmazione delle attività, ai fini della stesura del POAS delle ATS;

b) partecipare alle azioni di governo della domanda del territorio di propria competenza in collaborazione con i professionisti di cui all'articolo 10;

c) contribuire a garantire le attività di informazione, educazione e orientamento all'utenza, nonché all'accoglienza e alla presa in carico delle persone fragili con problematiche complesse, prestando particolare attenzione alla famiglia e al suo contesto di vita;

d) coordinare la realizzazione degli interventi di promozione della salute e la realizzazione delle campagne di screening.

6. I distretti afferiscono direttamente alle direzioni generali delle ATS e interagiscono con tutti i soggetti erogatori insistenti sul territorio di competenza, al fine di realizzare la rete d'offerta territoriale, anche attraverso il coinvolgimento, per i servizi di competenza delle autonomie locali, delle assemblee dei sindaci dei piani di zona di cui alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), al fine di contribuire a garantire le funzioni di cui all'articolo 3-quinquies d.lgs. 502/1992.

7. L'erogazione delle prestazioni relative alle funzioni distrettuali di cui al comma 6 sono affidate alle ASST ed ai soggetti erogatori del SSL, fatta eccezione per quelle prestazioni che le ATS, conformemente a quanto previsto dalle presente legge, possono erogare direttamente. In ogni caso, l'erogazione delle prestazioni distrettuali è garantita e assicurata dall'attività di programmazione e acquisto delle prestazioni e dei servizi da parte delle ATS.»;

n) l'articolo 8 è sostituito dal seguente:

«Art. 8
(Strutture private accreditate)

1. I soggetti erogatori privati sanitari e sociosanitari che mantengono la propria autonomia giuridica e amministrativa rientrano nella programmazione e nelle regole del SSL e ne sono parte integrante, concorrono all'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 7, in relazione al proprio assetto giuridico ed amministrativo.

2. I soggetti erogatori di cui al comma 1, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa regionale e in coerenza con la programmazione territoriale del SSL, sottoscrivono con le ATS competenti per le prestazioni previste dalla programmazione di cui al comma 1 contratti analoghi a quelli previsti per le ASST di cui all'articolo 7, assumendo e rispettando i medesimi diritti e doveri, ove applicabili, previsti per le strutture pubbliche senza contributi aggiuntivi diversi da quelli previsti dalla presente legge.

3. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche alle strutture private sociali ai fini dell'integrazione dell'attività sociale con le attività sanitarie e sociosanitarie compatibilmente con la normativa nazionale e regionale.»;

o) l'articolo 9 è sostituito dal seguente:

«Art. 9
(Modelli di presa in carico
per il paziente cronico e fragile)

1. Il SSL attiva modalità organizzative innovative di presa in carico in grado di integrare, anche facendo uso delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, in particolare di telemedicina, le modalità di risposta ai bisogni delle persone in condizione di cronicità e fragilità, per garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi e l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. A tale scopo sono adottati modelli organizzativi, attraverso reti di cura e assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, che assicurano l'integrazione e il raccordo tra tutte le diverse competenze professionali coinvolte, sia ospedaliere sia territoriali.

2. La Regione adotta e mantiene aggiornato un sistema di classificazione delle malattie croniche in categorie clinicamente significative e omogenee, cui corrisponde una modalità di remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni necessarie per la corretta gestione dell'assistito, fatte salve eventuali forme di integrazione della tariffa prevista per il ricovero.

3. La Regione a tali fini definisce in particolare:

a) le modalità per l'individuazione dell'insieme delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali corrispondenti al livello appropriato di intensità assistenziale, da definire anche attraverso l'adozione di strumenti di valutazione multidimensionale del bisogno;

b) i criteri di accreditamento e remunerazione per le attività di presa in carico dei pazienti da parte di soggetti di natura pubblica o privata, che intendono attuare il modello di cui al comma 2, anche prevedendo un sistema premiante e penalizzante in funzione degli esiti riferiti all'incidenza di ricoveri e complicanze dei percorsi per la cronicità.

4. L'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 2 e 3 può prevedere fasi di progressiva e graduale messa a regime.»;

p) l'articolo 10 è sostituito dal seguente:

«Art. 10
(Sistema delle cure primarie)

1. L'assistenza primaria viene erogata dai medici di medicina generale (MMG), dai pediatri di libera scelta (PLS) e dai medici di continuità assistenziale secondo quanto previsto nei LEA e negli accordi collettivi nazionali e di categoria, nonché secondo competenza e ruolo disciplinati dalla Regione Lombardia, in aderenza ai principi di valorizzazione, di responsabilità, di controllo e di formazione indipendente.

2. L'assistenza primaria, che comprende anche la partecipazione alla procedura di valutazione multidimensionale del bisogno, articola il proprio intervento secondo i seguenti livelli prestazionali:

a) l'assistenza sanitaria primaria;

b) la partecipazione alla presa in carico della persona fragile e cronica secondo i modelli di cui all'articolo 9;

c) gli interventi in ambito di integrazione sanitaria e sociosanitaria con quella sociale, che può prevedere il coinvolgimento delle autonomie locali, mediante la partecipazione delle rispettive assistenti sociali.

3. Rientrano tra le forme organizzative dell'assistenza sanitaria primaria le aggregazioni funzionali territoriali (AFT) di MMG e di PLS, e le unità complesse di cure primarie (UCCP), come previsto dal decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dagli accordi collettivi nazionali di categoria. La Regione promuove nelle competenti sedi, compresa la contrattazione decentrata, il perseguimento dei seguenti obiettivi riferiti all'assistenza sanitaria primaria che:

a) è erogata negli studi di MMG e anche al domicilio del paziente, garantendo l'accesso diretto e illimitato;

b) assicura un accesso appropriato alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie attraverso la personalizzazione del percorso assistenziale, il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti sanitari presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie e l'interazione con le cure di alta specialità;

c) concorre al contrasto dell'inappropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;

d) concorre alle campagne di educazione alle terapie e di prevenzione delle malattie e delle loro complicanze secondo le indicazioni stabilite dalle ATS.

4. Le AFT sono coordinate da uno dei componenti medici che ne fanno parte, con attitudini manageriali e relazionali e adeguata conoscenza dei processi sanitari e sociosanitari. Il coordinatore garantisce il raccordo tra le AFT con gli altri attori del sistema territoriale per assicurare la continuità di presa in carico della persona nell'ambito del settore ospedaliero e del settore territoriale.

5. Le ATS individuano le AFT tenendo conto del bacino territoriale, dell'ubicazione dei singoli studi dei medici e della presenza di associazioni di MMG o PLS, al fine di mantenere o realizzare una ulteriore razionalizzazione dell'offerta, anche in termini di accessibilità alle prestazioni.

6. Negli studi di MMG e di PLS è favorita la presenza di personale di studio, di infermieri e la collaborazione di professionisti sanitari con adeguato profilo professionale. Gli studi di MMG possono accreditarsi per erogare prestazioni strumentali di primo livello, anche attraverso il ricorso a sistemi di telemedicina o altre soluzioni tecnologicamente avanzate, e possono essere sede di attività specialistiche ambulatoriali compatibili con le caratteristiche strutturali e organizzative.

7. Le azioni di presa in carico della persona, nella prospettiva della continuità assistenziale e nella gestione dei percorsi di cura e assistenza, sono assicurate dalle AFT e dalle UCCP. Le UCCP, che possono coordinare le AFT insistenti sul territorio di pertinenza, costituiscono forme organizzative complesse a carattere multiprofessionale che operano in maniera integrata all'interno di strutture o presidi.

8. Le UCCP sono costituite secondo le modalità stabilite dalla Regione e dirette secondo quanto previsto dal d.l. 158/2012 convertito dalla l. 189/2012. Alle UCCP possono essere affidate funzioni sanitarie e/o amministrative, quali prenotazioni, riscossione della compartecipazione ed erogazione protesica. Le UCCP possono essere autorizzate ad operare in integrazione funzionale con il settore ospedaliero delle ASST di cui all'articolo 7, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS e degli altri soggetti erogatori sanitari e sociosanitari di diritto pubblico e privato.

9. Con deliberazione della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, sono definiti i requisiti organizzativi e i criteri funzionali per l'accreditamento e le modalità di integrazione delle UCCP con l'articolazione della rete di offerta. Nell'ambito delle UCCP è prevista l'attività di coordinatore di cure primarie, identificato tra i professionisti sanitari, per la gestione del piano di cure, predisposto dal medico di cure primarie, con particolare riguardo all'assistenza primaria e domiciliare, al fine di assicurare la collaborazione e il raccordo tra gli MMG e le articolazioni territoriali sanitarie e sociosanitarie, per accogliere e accompagnare la persona e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e alle opportunità della rete di offerta territoriale ed ospedaliera, sanitaria e sociosanitaria.

10. Nell'ambito del settore delle cure primarie, governato dalle ATS territorialmente competenti, è istituito il servizio dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come il servizio infermieristico e delle professioni sanitarie singolo o associato a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. Sono altresì introdotte nel SSL le farmacie di servizio, come previsto dall'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69 (Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile).

11. La Regione favorisce l'esercizio in forma associata dell'attività dei medici di cure primarie, preferibilmente attraverso l'erogazione delle relative prestazioni nei POT e nei PreSST ovvero con forme aggregative alternative per particolari territori disagiati.»;

q) l'articolo 11 è sostituito dal seguente:

«Art. 11
(Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo)

1. La Regione istituisce l'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo quale ente di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa, organizzativa, finanziaria e contabile.

2. Sono organi dell'Agenzia di controllo che restano in carica non oltre la durata della legislatura:

a) il direttore, nominato dal Presidente della Giunta regionale, individuandolo da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della legge regionale 10 dicembre 2008, n. 32 (Disciplina delle nomine e designazioni della Giunta regionale e del Presidente della Regione), tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali; il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato, di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, nel quale sono disciplinate gli aspetti retributivi e le cause di risoluzione;

b) il collegio sindacale, secondo la composizione di cui all'articolo 3 ter, comma 3 del d.lgs. 502/1992;

c) il comitato di direzione, alle cui riunioni partecipa anche il direttore, è composto da tre membri nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione della Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza del Consiglio regionale, individuati da un elenco stilato dal comitato tecnico consultivo di cui all'articolo 4 della l.r. 32/2008, tra i partecipanti ad un bando predisposto dalla Giunta regionale per la selezione di candidati con particolare esperienza di gestione dei sistemi sanitari e socio sanitari e di sistemi di qualità connessi all'attività sanitaria e sociosanitaria e con specifiche competenze legali e gestionali. Il comitato tecnico consultivo, in particolare, individua nell'elenco le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il triplo ed il quadruplo dei membri da nominare, anche avvalendosi per la selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

3. La Conferenza dei presidenti dei gruppi di minoranza può conferire l'incarico di membro del comitato di direzione anche ad altro soggetto, purchè inserito nell'elenco di cui alla lettera c).

4. L'Agenzia di controllo, quale organismo tecnico-scientifico terzo ed indipendente, svolge le seguenti funzioni:

a) predispone e propone alla Giunta regionale che lo approva, previo parere della commissione consiliare competente, il piano annuale dei controlli e dei pro-

tocolli; la funzione di controllo delle strutture territoriali delle ATS deve essere svolta integrandosi e coordinandosi con il contenuto dei medesimi. Le strutture delle ATS preposte ai controlli dei soggetti erogatori del SSL s'intendono, esclusivamente per l'esercizio di tale attività, funzionalmente collegate con l'Agenzia di controllo, che ne coordina l'attività verificando la corretta applicazione dei protocolli da parte delle ATS;

b) *programma e coordina gli interventi delle strutture di controllo delle ATS, in accordo con le ATS di competenza su tutto il territorio regionale;*

c) *definisce gruppi di lavoro multidisciplinari, attingendo dalle strutture di cui alla lettera a), provenienti da più ATS, per l'effettuazione delle diverse tipologie di controlli, garantendo la completezza delle competenze necessarie;*

d) *individua e valuta un sistema di monitoraggio improntato al rafforzamento dei controlli, non limitato all'esame a campione, ma articolato in un diffuso raffronto di dati e indicazioni per prestazioni omogenee che garantiscano la rispondenza ai criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, anche attraverso l'analisi dell'incidenza dei costi sui fattori di produzione dei soggetti erogatori;*

e) *valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione della remunerazione delle funzioni non tariffabili e, in funzione degli esiti analitici, propone ulteriori indicatori alla Giunta regionale;*

f) *valuta la corretta applicazione dei criteri identificati per la determinazione delle maggiorazioni tariffarie di cui all'articolo 27 bis;*

g) *analizza i dati che derivano dall'attività di controllo e fornisce alla Giunta regionale elementi utili per l'aggiornamento del sistema degli indicatori di efficacia ed efficienza a supporto della programmazione, del sistema di valutazione delle performance, utilizzando metodologie di revisione tra pari e al fine di rendere, mediante un'adeguata informazione, la scelta del cittadino consapevole e responsabile;*

h) *valuta che le procedure di acquisto, effettuate in forma aggregata e/o da ARCA, nell'interesse del SSL, siano conformi ai principi di buon andamento, imparzialità, economicità e appropriatezza;*

i) *raccoglie i dati oggetto della propria attività di controllo del SSL e le informazioni sulla soddisfazione degli utenti, anche in collaborazione con l'Agenzia di promozione del SSL di cui all'articolo 14, e con l'obbligo di presentare una relazione annuale al Consiglio regionale e di provvedere alla successiva pubblicazione integrale della relazione, completa di dati esaustivi, in modo puntuale e trasparente.*

5. Le funzioni di cui alle lettere a), d), e), f), g), h) e i) del comma 4 sono in capo al comitato di direzione. Le funzioni di cui alla lettera b) sono in capo al direttore generale. Le funzioni di cui alla lettera c) sono in capo al direttore generale, sentito il comitato di direzione.

6. Il comitato di direzione valuta il raggiungimento degli obiettivi annuali assegnati al direttore, anche ai fini della valutazione sulla retribuzione di risultato, e propone alla Giunta regionale la risoluzione del contratto nel caso in cui ravvisi la sussistenza di gravi inadempienze o violazioni di legge o dei principi di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa.

7. La Regione e tutti gli enti del sistema sono tenuti a fornire all'Agenzia tutti i dati e le informazioni utili all'espletamento dei compiti alla stessa affidati dalla presente legge. I risultati dell'attività del GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, possono essere utilizzati dall'Agenzia di controllo per lo svolgimento della propria attività.

8. Qualora le ATS non si conformino alle richieste formulate dall'Agenzia, la stessa Agenzia invia alla Giunta regionale la segnalazione di tali omissioni, affinchè quest'ultima provveda all'assunzione di provvedimenti opportuni nei confronti della ATS inadempiente.

9. Ai fini della piena funzionalità dell'Agenzia, su proposta del comitato di direzione, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce la sede, la struttura organizzativa, il patrimonio e le risorse professionali e finanziarie.»;

r) l'articolo 12 è sostituito dal seguente:

«Art. 12
(Organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS)

1. Sono organi delle ATS, delle ASST, delle AO e degli IRCCS di diritto pubblico, per quanto attinente alle nomine di competenza regionale, il direttore generale, il collegio di direzione ed il collegio sindacale; il direttore generale è anche il rappresentante legale dell'Azienda, fatto salvo quanto previsto statutariamente e normato a livello nazionale per gli IRCCS. Il direttore generale è nominato, per non più di due mandati nella stessa sede, con provvedimento della Giunta regionale tra gli idonei presenti nell'elenco di cui al comma 3. Presso le Aziende nelle quali si svolgono corsi delle facoltà di medicina e chirurgia, la nomina avviene consultato il rettore dell'università interessata. Il parere s'intende in ogni caso acquisito decorse ventiquattro ore dall'inoltro della proposta regionale.

2. Il direttore generale, secondo quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 3 bis del d.lgs. 502/1992, è oggetto di valutazione da parte della Giunta regionale secondo indicatori di risultato relativi a efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità delle prestazioni e dei servizi erogati, declinati con provvedimento della Giunta regionale e finalizzati prevalentemente al mantenimento della salute dei cittadini, alla accessibilità dei servizi, al governo dei tempi di attesa e alla corretta gestione del budget. La Giunta regionale, con provvedimento adeguatamente motivato, in caso di mancato raggiungimento degli stessi, può risolvere il contratto. La Giunta regionale può, inoltre, modificare, quanto alla sede di assegnazione, gli incarichi già conferiti ai direttori generali. La mobilità interaziendale non ha effetto sulla durata dell'originario contratto, e la mancata accettazione, senza giustificato motivo, del reincarico comporta la risoluzione del contratto.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione generale, i candidati, in possesso di diploma di laurea magistrale, devono dimostrare di possedere un'adeguata esperienza in posizione dirigenziale conferita, di almeno cinque anni nel campo delle strutture sanitarie o sociosanitarie o almeno di sette anni in altri settori e caratterizzata da autonomia gestionale e con diretta responsabilità della gestione delle risorse umane, tecniche o finanziarie. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche il requisito minimo viene identificato con la direzione di struttura semplice o di incarico, anche individuale, di valenza aziendale caratterizzata da autonomia gestionale, diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, secondo quanto previsto dagli articoli 3 e 3bis del d.lgs. 502/1992. Per gli incarichi svolti presso le strutture sanitarie e sociosanitarie private valgono ruoli equivalenti, purché certificati.

4. Nella deliberazione finalizzata alla formazione dell'elenco degli idonei, la Giunta regionale definisce le modalità di selezione e specifica i criteri da utilizzare al fine di valutare in concreto l'adeguatezza dell'esperienza dirigenziale, anche con riferimento al settore di provenienza, tenuto conto della tipologia delle strutture nelle quali sia stata effettivamente svolta l'attività.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS). Il presidente è eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi per la selezione di test, questionari e/o colloqui individuali, e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

8. L'inserimento nell'elenco degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina. Per il

conferimento della nomina valgono le norme in materia di inconferibilità dell'incarico. Inoltre i candidati devono preferibilmente avere un'età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti d'età di pensionabilità previsti dalla legge. I direttori generali nominati sono tenuti a produrre entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria di cui al decreto del Ministro della sanità 1° agosto 2000 o l'attestato di formazione manageriale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), in corso di validità.

9. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo e regolato da contratto di diritto privato, che stabilisce anche la durata dell'incarico non superiore a cinque anni. Il direttore generale è sottoposto a valutazioni, come previsto dal comma 2. La durata del contratto non può comunque essere inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in ottemperanza al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), graduata secondo la complessità organizzativa e gestionale, il volume di produzione, il numero di abitanti e la superficie territoriale dell'ente in cui viene nominato, e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento, assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati con apposita deliberazione della Giunta regionale, approvata entro il 30 novembre dell'anno precedente.

10. Qualora si renda vacante la posizione di direttore generale, ovvero nel caso in cui la Giunta regionale proceda alla sua sospensione cautelare, la Giunta regionale stessa può procedere alla nomina di un commissario straordinario, per un periodo massimo di dodici mesi. Il commissario deve possedere gli stessi requisiti previsti per la figura rimasta vacante. Durante il periodo di sospensione permane in capo al direttore generale sospeso il vincolo di esclusività di cui al comma 9. Al direttore generale sospeso é corrisposto un assegno alimentare pari al quaranta per cento del trattamento economico di base. Qualora alla sospensione faccia seguito la reintegrazione in servizio, al direttore é riconosciuto il trattamento economico dovuto al netto di quanto già percepito come assegno alimentare. Se alla sospensione, anche in caso di reintegrazione, fa seguito la risoluzione del contratto, non è dovuto alcun conguaglio. Tali disposizioni non si applicano alle procedure definite prima dell'entrata in vigore della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)». Per quanto riguarda il rimborso delle spese di difesa giudiziale, ai direttori generali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 99 della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale).

11. Entro novanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale o del commissario straordinario si provvede alla verifica straordinaria di cassa e dei valori custoditi in tesoreria, nonché delle poste patrimoniali. Alle operazioni di verifica partecipano il direttore generale cessato dall'incarico, il nuovo direttore generale o il commissario straordinario, il tesoriere e il collegio sindacale, che redige il verbale sottoscritto dai partecipanti alla verifica stessa. La Giunta ha facoltà di disporre apposite due diligence *straordinarie e anche nei confronti di gestioni aziendali la cui direzione è esercitata dallo stesso titolare da più di cinque anni.*

12. Il direttore generale nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore sociosanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 13. È facoltà del direttore generale procedere, con provvedimento adeguatamente motivato, alla revoca degli incarichi affidati al direttore sanitario, al direttore amministrativo e al direttore sociosanitario.

13. La Giunta regionale definisce la composizione, le competenze e i criteri di funzionamento del collegio di direzione, e disciplina le relazioni con gli altri organi aziendali nel rispetto delle disposizioni contenute nell'articolo 17 del d.lgs. 502/1992.

14. Il collegio sindacale è nominato dal direttore generale e svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

a) verifica la regolarità amministrativa e contabile;

b) vigila sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;

c) esamina e esprime le proprie valutazioni sul bilancio di esercizio.

15. Il collegio di direzione e il collegio sindacale sono nominati secondo le modalità previste dal d.lgs. 502/1992.

16. Ai componenti del collegio sindacale spetta un'indennità per l'espletamento delle funzioni in misura pari al dodici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali. Al presidente del collegio spetta un'indennità in misura pari al quindici per cento della parte fissa della retribuzione corrisposta ai direttori generali.»;

s) l'articolo 13 è sostituito dal seguente:

«Art. 13
(Direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario)

1. I direttori generali delle ATS e delle ASST nominano il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore sociosanitario tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2, 3 e 4. I direttori generali delle AO e degli IRCCS nominano il direttore sanitario e il direttore amministrativo tra gli idonei presenti nell'elenco di cui ai commi 2 e 3.

2. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sanitaria, i candidati devono essere in possesso della laurea in medicina e chirurgia e di almeno un diploma di specializzazione e avere un'età inferiore a sessantacinque anni. Devono dimostrare di aver svolto per almeno cinque anni una qualificata esperienza dirigenziale caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, presso la pubblica amministrazione, strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private, come previsto dal d.lgs. 502/1992.

3. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione amministrativa i candidati dovranno essere in possesso di diploma di laurea magistrale o diploma equipollente o equivalente in discipline giuridiche o economiche, avere un'età inferiore a sessantacinque anni e un'adeguata esperienza di direzione tecnica o amministrativa almeno quinquennale nel campo delle strutture sanitarie, sociosanitarie o in altri settori, caratterizzata da autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

4. Per accedere all'elenco degli idonei alla direzione sociosanitaria, i candidati devono essere in possesso di diploma di laurea magistrale, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno d'età e aver svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sanitario, sociosanitario o socioassistenziale, caratterizzata da autonomia gestionale delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

5. Per la formazione dell'elenco di cui al comma 3, la Giunta regionale nomina una commissione valutatrice, che dura in carica tre anni e opera a titolo gratuito, costituita da tre componenti di comprovata esperienza in materia di organizzazione, diritto, economia e management sanitario tra quelli indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'AGENAS. Il presidente viene eletto all'interno della commissione stessa.

6. La commissione in particolare individua nell'elenco di cui al comma 3 le candidature più adatte a raggiungere le finalità e gli obiettivi, con la migliore aderenza dei profili ai fabbisogni organizzativi del SSL, in un numero tra il doppio e il triplo dei direttori generali da nominare, anche avvalendosi, per tale selezione, di test, questionari e/o colloqui individuali e descrive le caratteristiche dei candidati individuati.

7. Resta prerogativa del Presidente della Giunta quella di conferire il relativo incarico ad altro soggetto inserito nell'elenco di cui al comma 3, in ottemperanza a quanto previsto dal d.lgs. 502/1992.

8. L'inserimento negli elenchi degli idonei è condizione necessaria ma non sufficiente ai fini della nomina, che avviene tenuto conto delle vigenti disposizioni in tema di inconferibilità dell'incarico e preferibilmente per i candidati con il limite di età inferiore di cinque anni rispetto ai limiti pensionistici individuali previsti dalla normativa nazionale vigente.

9. I rapporti di lavoro dei direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato che stabiliscono anche la durata dell'inca-

rico, normalmente quinquennale, con verifiche, e di norma non inferiore ad un anno. La retribuzione è stabilita dalla Giunta regionale in una percentuale non inferiore al 75 per cento di quella del direttore generale e prevedendo un incremento non superiore al venti per cento dell'emolumento assegnato al raggiungimento degli obiettivi annualmente prefissati dal direttore generale. I direttori sanitario, amministrativo e sociosanitario decadono dall'incarico al compimento del sessantacinquesimo anno di età.

10. Agli elenchi di cui al comma 2 attingono anche le strutture sanitarie private classificate come dipartimento d'emergenza accettazione (DEA) o dipartimento d'emergenza e alta specialità (EAS) o provviste di più di duecentocinquanta posti letto accreditati e a contratto o appartenenti a un ente unico gestore di almeno due presidi ospedalieri accreditati e a contratto.»;

t) l'articolo 14 è sostituito dal seguente:

«Art. 14
(Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo)

1. Al fine di promuovere il sistema sociosanitario lombardo sul territorio nazionale ed a livello internazionale, ivi compreso il reperimento di adeguate risorse finalizzate a sostenere l'innovazione e la ricerca nelle strutture di riferimento specialistico, anche provenienti da prestazioni erogate a cittadini beneficiari di fondi integrativi, mutue e prestazioni in solvenza, è istituita l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo.

2. L'Agenzia ha la funzione di produrre e gestire strumenti organizzativi e di comunicazione indispensabili alla promozione di prestazioni sanitarie per utenti paganti in proprio, con particolare attenzione nei riguardi di paesi emergenti nei quali non sono garantite prestazioni di eccellenza medica e tecnologica. L'Agenzia predispone annualmente un piano di sviluppo delle attività di promozione e ne propone l'approvazione alla Giunta regionale al fine di coordinare le azioni con tutte le iniziative di promozione regionale.

3. L'attività dell'Agenzia consiste anche nella sottoscrizione di accordi nazionali ed internazionali finalizzati all'erogazione delle prestazioni definite con i soggetti erogatori regionali pubblici e privati.

4. L'Agenzia istituisce l'Osservatorio delle best practices *cliniche e dell'ottimizzazione dei processi aziendali e analizza i flussi globali della mobilità sanitaria, al fine di garantire le migliori performance di cura e di processo per la competizione in ambito sanitario mondiale.*

5. L'Agenzia istituisce un Osservatorio sulla soddisfazione degli utenti, che prevede la presenza di rappresentanti dei pazienti e delle famiglie, al fine di raccogliere informazioni sulla soddisfazione degli utenti rispetto ai servizi offerti e alle prestazioni erogate.

6. Con la stessa finalità del comma 5, l'Agenzia può promuovere presentazioni a livello internazionale del proprio sistema socio sanitario, come veicolo per l'esportazione delle conoscenze prestazionali, logistiche ed organizzative nei confronti dei paesi interessati allo sviluppo dei propri modelli assistenziali, ivi comprese iniziative di formazione per il management dei sistemi sociosanitari e per la gestione delle buone pratiche cliniche.

7. Le risorse economiche derivanti dall'attività dell'Agenzia, detratti gli oneri necessari al suo funzionamento, sono destinate al sostegno della ricerca scientifica e al potenziamento del sistema SSL.

8. Sono organi dell'Agenzia il direttore ed il collegio dei revisori. Il direttore deve possedere adeguate capacità manageriali ed è coadiuvato da un comitato di indirizzo composto da rappresentanti dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati. L'Agenzia è costituita ed organizzata con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.»;

u) l'articolo 15 è sostituito dal seguente:

«Art. 15
(Autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione di attività sanitarie e sociosanitarie)

1. L'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ATS competente per territorio, che dispone anche le eventuali variazioni, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'autorizzazione in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico, ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica. Tutte le altre strutture sanitarie, le strutture sociosanitarie e i soggetti che intendono svolgere attività di soccorso sanitario, trasporto sanitario semplice o di trasporto sanitario, fermo restando il possesso dei requisiti minimi stabiliti dalle disposizioni vigenti, presentano una segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) alla ATS competente per territorio, allegando i documenti previsti dalle vigenti normative.

2. La Giunta regionale, con deliberazione da comunicare alla commissione consiliare competente, stabilisce:

a) l'iter procedurale e i requisiti per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie comprensive della presa in carico del cittadino, nonché le modalità di presentazione della SCIA;

b) le modalità di verifica della permanenza dei requisiti richiesti per l'esercizio delle attività di cui alla lettera a);

c) l'iter procedurale e i requisiti, ulteriori rispetto a quelli minimi, per la concessione dell'accreditamento, nonché la durata del medesimo accreditamento e le modalità di verifica della permanenza di tutti i requisiti richiesti;

d) le modalità di raccolta e aggiornamento dei dati inerenti alle strutture esercenti attività sanitarie e sociosanitarie.

3. Sono accreditate le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate, nonché le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private che abbiano presentato la SCIA e che siano in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private), nonché degli ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

4. Le ATS accreditano le strutture sanitarie e sociosanitarie e dispongono eventuali variazioni dell'accreditamento, comprese quelle determinate dal trasferimento dell'accreditamento in seguito al conferimento ad altro soggetto giuridico.

5. Per le strutture pubbliche e private l'accreditamento si perfeziona all'atto dell'iscrizione nel registro regionale delle strutture accreditate, previa verifica con gli atti di indirizzo regionale, nel rispetto della normativa vigente sulla trasparenza dei dati.

6. L'accreditamento è condizione necessaria ma non sufficiente per l'assunzione a carico del fondo sanitario regionale degli oneri relativi alle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate. L'assunzione degli oneri di cui al primo periodo è subordinata, sulla base del fabbisogno sanitario e sociosanitario del territorio stabilito dalla Regione, alla definizione degli accordi contrattuali con le ATS per la remunerazione delle prestazioni rese e alla valutazione delle performance. La conclusione degli accordi contrattuali, regolata dal sistema regionale di valutazione delle performances, è subordinata all'accettazione del sistema di finanziamento, dei controlli, delle sanzioni e all'osservanza dei tempi di erogazione delle prestazioni stabilite dalla Regione, sia per le strutture pubbliche sia per quelle private convenzionate.

7. La Giunta regionale approva lo schema tipo in base al quale le ATS stipulano gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. 502/1992 con i gestori di attività sanitarie e sociosanitarie. Le ATS provvedono anche alle novazioni contrattuali che si rendano necessarie a seguito delle variazioni di accreditamento.

8. La stipula degli accordi contrattuali è subordinata alla produzione da parte dei soggetti di diritto privato di documentazione comprovante requisiti di solidità del bilancio, capacità di continuità aziendale e di ottemperanza agli obblighi di legge, così come specificati con provvedimento della Giunta regionale.

9. Non possono essere accreditati, o decadono dall'accreditamento, i soggetti privati erogatori di attività sanitarie e sociosanitarie che utilizzano, anche saltuariamente, in violazione delle disposizioni contenute nell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni

in materia di finanza pubblica), personale dipendente da aziende sanitarie e da strutture sanitarie e sociosanitarie del servizio sanitario nazionale.

10. L'accertamento, da parte dell'ATS competente per territorio, della perdita dei requisiti comporta la declaratoria di decadenza dall'accreditamento e dalla titolarità dei conseguenti rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale. Il provvedimento recante la declaratoria è trasmesso alla direzione regionale competente ai fini della cancellazione dell'iscrizione nel registro delle strutture accreditate.

11. La decadenza dei soggetti erogatori o gestori dalla titolarità dei rapporti con il servizio sanitario e sociosanitario regionale può altresì essere dichiarata dal direttore generale dell'ATS quando sia accertata la reiterata applicazione distorta del sistema di remunerazione delle prestazioni, sia sotto il profilo della qualità delle prestazioni stesse, sia sotto il profilo della loro completezza, comprese la specialistica ambulatoriale e la riabilitazione post acuti. La stessa reiterazione comporta, nel caso di soggetti erogatori pubblici, la decadenza dalla nomina del direttore generale e la conseguente risoluzione di diritto del contratto.

12. Nel rispetto delle indicazioni della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sanitarie e sociosanitarie accreditate pubblica o privata può chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture. Al fine di realizzare l'efficientamento della rete ospedaliera sono favoriti i processi di riconversione o fusione di soggetti erogatori accreditati, attraverso la costituzione di un unico soggetto giuridico, anche consortile, con il mantenimento dell'assetto accreditato dei soggetti intervenuti.»;

v) l'articolo 16 è sostituito dal seguente:

«Art. 16
(Azienda regionale dell'emergenza urgenza)

1. L'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. Rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione, nonché le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale. Sono in capo all'AREU il convenzionamento per l'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero e i relativi controlli secondo modalità operative definite con deliberazione della Giunta regionale.

2. Per le funzioni delegate di cui al comma 1 l'Azienda:

a) svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale;

b) svolge le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e nei confronti del Ministero della Salute;

c) esercita attività di coordinamento definita nei rapporti convenzionali con gli altri enti del servizio sanitario regionale, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio;

d) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

3. L'Azienda garantisce altresì l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117). In riferimento all'attività NUE 112 svolta dall'Azienda, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa.

4. Sono organi dell'Azienda: il direttore generale, il collegio sindacale e il collegio di direzione:

a) il direttore generale, nominato con i criteri di cui all'articolo 12, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. L'incarico affidato al direttore generale ha durata quinquennale;

b) al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali.

5. Per quanto riguarda il generale funzionamento dell'Azienda si applicano tutte le norme relative agli altri enti del servizio sanitario regionale.

6. Al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, la Giunta regionale assegna annualmente all'AREU un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale.

7. In relazione al NUE 112, la Giunta regionale assegna annualmente all'Azienda uno specifico finanziamento anche in ragione dello sviluppo futuro in collaborazione con altre amministrazioni pubbliche.

8. In occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatoria, organizzativa e finanziaria, di cui al comma 7, la Giunta regionale acquisisce il parere dell'azienda sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento delle funzioni assegnate, sia in termini di risorse umane sia di finanziamento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.»;

w) l'articolo17 è sostituito dal seguente:

«Art. 17
(Organizzazione dei soggetti afferenti al sistema socio sanitario lombardo)

1. Annualmente, di norma entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, la Giunta regionale approva le regole di sistema per l'anno successivo, contenenti i principi attuativi e organizzativi del SSL.

2. A seguito dell'emanazione delle regole di sistema per l'anno successivo, le ATS e tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico contrattualizzati con il SSL presentano alla Giunta regionale il POAS, a valenza triennale e rivedibile annualmente, qualora subentrino esigenze o modificazioni particolari, comprensivo del relativo piano delle assunzioni, e lo sottopongono alla Giunta regionale che può richiedere modifiche e l'approva di norma entro i successivi sessanta giorni.

3. Nel POAS sono contenuti i modelli organizzativi che le ATS e i soggetti erogatori adottano, le regole e le strategie di organizzazione interna finalizzate all'ottimizzazione del loro funzionamento e in ottemperanza al PSL, con particolare riguardo all'appropriatezza delle prestazioni erogate, alla corretta determinazione del fabbisogno di personale che consenta la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato, marginalizzando altre forme di arruolamento con invarianza delle risorse economiche assegnate. In particolare, nel POAS devono essere esplicitate le articolazioni delle funzioni territoriali, come previsto dall'articolo 7 bis, comma 3, lettera a).

4. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), i seguenti provvedimenti:

a) i piani e i bilanci di previsione e le relative variazioni delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate;

b) il bilancio di esercizio, e una relazione analitica dell'utilizzo delle risorse regionali assegnate, delle agenzie, delle aziende ospedaliere, delle ASST, degli IRCCS e delle strutture private convenzionate.

5. Le richieste di chiarimenti da parte della direzione regionale competente comportano l'interruzione del termine per l'esercizio del controllo. Tale termine è sospeso dal 1° al 31 agosto di ogni anno.

6. Gli atti e i provvedimenti assunti dal direttore generale sono pubblicati nell'albo dei rispettivi enti. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. La esecutività degli altri è subordinata all'esito positivo del controllo della Giunta regionale.

7. La Giunta regionale, anche con il supporto delle ATS, predispone programmi di valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate, nonché della relativa metodologia per portarla a conoscenza del Cittadino, a cui partecipano le strutture pubbliche e private accreditate, che si fanno carico dei relativi costi.

8. Le ATS, le ASST, le aziende ospedaliere e gli IRCCS di diritto pubblico partecipano al tavolo tecnico degli appalti istituito ai sensi dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2007, n. 33 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) - collegato 2008). L'ARCA s.p.a., nell'ambito delle sue funzioni, garantisce efficienza e trasparenza nelle politiche di approvvigionamento degli enti del SSR.

9. Presso la Giunta regionale sono aggiornati il ruolo del personale del servizio sanitario regionale e le variazioni conseguenti anche a processi di mobilità, previa informazione alle organizzazioni sindacali regionali di categoria maggiormente rappresentative.

10. Fermi restando i vincoli di finanza pubblica previsti dalla legislazione statale, al fine di potenziare le attività di ricerca di base e traslazionale, gli IRCCS possono stipulare contratti di lavoro a tempo determinato, utilizzando risorse economiche provenienti da finanziamenti privati, anche in deroga ai limiti posti dalle disposizioni regionali in materia di assunzioni e di fabbisogni autorizzati, ferma restando la preventiva autorizzazione da parte della Giunta regionale. Il personale assunto per garantire la piena sinergia tra le attività di ricerca e di assistenza svolge tutti i compiti tipici del profilo professionale di inquadramento in coerenza con i contratti individuali sottoscritti e con le finalità dei finanziamenti.

11. La Giunta regionale definisce le modalità operative per l'attuazione del programma di educazione continua in medicina (ECM) che rappresenta un processo di sviluppo professionale continuo costituente un obbligo per ogni professionista del SSL.

12. Al fine di elevare la qualità del SSR, gli enti di cui al comma 4 adottano i modelli organizzativi e ottemperano puntualmente agli adempimenti previsti dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche Amministrazioni).»;

x) dopo l'articolo 17 è inserito il seguente:

«Art. 17 bis
(Sistema formativo per il sistema sociosanitario lombardo)

1. La Regione promuove la formazione del personale, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle risorse umane di tutte le professioni sanitarie, sociosanitarie e sociali del SSL, con l'obiettivo di migliorare la professionalità a beneficio della qualità e dell'eccellenza del SSL e dei servizi erogati ai cittadini.

2. La Regione assicura per tutti i livelli professionali percorsi formativi adeguati a garantire l'assimilazione delle competenze in ambito sanitario, assistenziale, specialistico e territoriale, favorendo percorsi formativi orientati alla cura della persona e della cronicità.

3. La Regione attraverso una programmazione triennale della formazione delle risorse umane del SSL e l'aggiornamento annuale, in linea con le regole di sistema e il fabbisogno espresso, si prefigge il miglioramento della qualità del SSL, per favorire l'attuazione del PSSL.

4. La Regione assicura il corretto equilibrio tra la programmazione del fabbisogno di risorse umane e delle competenze e lo sviluppo del SSL, individuando metodologie avanzate di stima del fabbisogno, allineate con le risorse finanziare regionali e d'intesa con le università.

5. La Regione promuove l'integrazione tra le funzioni di assistenza, didattica e ricerca, per migliorare la formazione delle risorse umane impiegate nel SSL e garantire l'eccellenza nel contesto nazionale e internazionale.

6. Ai predetti fini è istituita presso l'Istituto superiore per la ricerca, la statistica e la formazione (Éupolis Lombardia), quale propria articolazione organizzativa, l'Accademia di formazione per il sistema sociosanitario lombardo (AFSSL), senza oneri a carico del bilancio regionale. L'AFSSL sostituisce la scuola di direzione sanitaria. La Giunta regionale dà mandato a Éupolis Lombardia di presentare, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)», una proposta esecutiva nella quale siano individuati gli obiettivi, l'ordinamento, la struttura e la regolazione interna dell'AFSSL.

7. L'AFSSL risponde ai principi ispiratori del SSL e intende perseguire le seguenti finalità:

a) promuovere e garantire l'eccellenza del SSL, anche integrandosi con le funzioni di didattica, assistenza e ricerca del SSL;

b) coordinare la rete di formazione di cui al comma 1 d'intesa con l'Osservatorio integrato del SSL;

c) garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria, prevista dalla normativa nazionale, in particolare cura:

1. la tenuta del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria, rilasciando l'attestato di formazione manageriale e la sua rivalidazione;

2. il corso di formazione specifica in medicina generale, assegnato alle Regioni dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE);

d) realizzare nel SSL la rete formativa, la promozione e attuazione di percorsi formativi multidisciplinari, trasversali rispetto ai livelli di inquadramento e le specializzazioni e curare le esigenze formative necessarie per l'implementazione del SSL in coerenza con le previsioni del PLS;

e) promuovere la sussidiarietà orizzontale tra rete di formazione e tra gli enti e le agenzie formative e la libera scelta del professionista nell'accedere alla formazione continua;

f) validare la formazione conseguita all'estero dal personale del SSL e promuovere l'internazionalizzazione dei percorsi formativi alla ricerca dell'innovazione per i professionisti del SSL e attraendo personale di eccellenza dall'estero, in collaborazione e d'intesa con l'Agenzia per la promozione del SSL;

g) promuovere percorsi di formazione strategica sulle policy sanitarie e l'innovazione continua del SSL, nell'assistenza, ricerca e didattica, sentito l'Osservatorio integrato del SSL;

h) dare trasparenza agli investimenti nel capitale umano del SSL, rendicontando annualmente e su base triennale il bilancio dell'attività di formazione del ASSL.»;

y) l'articolo 18 è sostituito dal seguente:

«Art. 18
(Valorizzazione e sviluppo delle professioni sanitarie)

1. La Regione considera il personale del SSL risorsa strategica finalizzata al miglioramento dei servizi e, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento delle professioni, promuove e valorizza le professioni mediche e sanitarie e, tenuto conto della natura contrattuale dei rapporti di lavoro pubblici e privati, ne favorisce l'integrazione delle funzioni, delle competenze e l'attuazione del governo clinico. La Regione, in stretta sinergia con le università e gli istituti di ricerca, promuove la formazione, l'aggiornamento professionale e la riqualificazione, al fine di favorire l'integrazione tra gli operatori, nel rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità, nonché di appropriatezza, efficacia ed efficienza del SSL, anche nella prospettiva di sviluppo di figure professionali sanitarie, sociosanitarie e sociali dedicate alla presa in carico della cronicità e delle fragilità.

2. In ottemperanza alle previsioni contenute nei contratti collettivi nazionali di lavoro, che prevedono integrazioni

regionali finalizzate all'efficacia ed all'efficienza, la Giunta regionale, sentito l'osservatorio di cui all'articolo 5, comma 14, promuove la sottoscrizione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative per tutti gli operatori afferenti al SSL, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 97 della Costituzione e nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane, per la maggior trasformazione possibile di contratti da tempo determinato a indeterminato. Tali accordi, sottoscritti in relazione all'effettiva disponibilità delle risorse economiche, possono prevedere incentivi in considerazione delle responsabilità e di parametri oggettivamente determinati di qualità, efficacia ed efficienza, in riferimento ai diversi profili professionali presenti nel SSL, considerando in particolare le peculiarità di quelli sanitari e sociosanitari rispetto a quelli amministrativi.

3. La Regione, nell'ambito delle proprie competenze e funzioni, valorizza le professioni sanitarie nella rete del SSL, senza incremento di spesa sul bilancio regionale, in funzione dell'evoluzione normativa e delle prassi nazionali ed europee, con particolare riferimento:

a) all'attuazione dalla legge 1° febbraio 2006, n. 43 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali);

b) alle attività delle medicine non convenzionali di cui all'accordo 7 febbraio 2013 della Conferenza Stato-Regioni, in esecuzione e nei limiti della normativa europea e nazionale con riferimento ai professionisti che svolgono le prestazioni delle medicine complementari di agopuntura, fitoterapia, omeopatia ed omotossicologia, in possesso di diplomi, attestati o titoli ad essi equipollenti rilasciati dalle università ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127;

c) alle professioni del settore odontoiatrico: odontotecnico ed assistente di studio odontoiatrico;

d) all'attività dell'osteopata, favorendo in particolare, limitatamente alla competenza regionale in materia, l'innalzamento della qualità della formazione;

e) alle discipline di medicina tradizionale per le quali il laureato in medicina e chirurgia, abilitato alla professione, ha seguito un corso di formazione di durata almeno quadriennale, accreditato dal Ministero della Salute;

f) all'aggiornamento della disciplina regionale relativa ai profili professionali in base alle direttive europee applicabili e alla normativa nazionale.

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali. Ai fini di una loro omogenea organizzazione sul territorio regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)» è istituito l'elenco regionale per la specialistica ambulatoriale convenzionata (ERSAC), anche tramite forme di collaborazione professionale integrativa su base volontaria, con modalità definite con le organizzazioni sindacali di categoria.

5. A difesa dei valori della famiglia, del diritto alla cura dei figli e della qualità dei servizi erogati, la Regione promuove politiche di conciliazione vita/lavoro nei confronti dei genitori impiegati nel SSL, garantendo nel contempo la continuità dei servizi con figure professionali equipollenti, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

6. La Giunta regionale, con proprio provvedimento, regolamenta il lavoro part time nelle diverse opzioni di applicazione, in coerenza con la disciplina normativa e contrattuale nazionale e comunitaria.

7. Con specifico provvedimento, la Giunta regionale, in conformità e nei limiti previsti dalla normativa nazionale, regolamenta anche l'attività libero professionale intramoenia di tutte le professioni sanitarie e sociosanitarie, secondo i seguenti principi:

a) per attività libero professionale si intende l'attività richiesta in maniera fiduciaria dal paziente direttamente al medico o ad altro professionista sociosanitario scelto;

b) l'esercizio delle attività libero professionale avviene al di fuori dell'orario di servizio, mantenendo la copertura assicurativa aziendale, come previsto dall'articolo 21 del CCNL 2002/2005, e può essere svolta nelle seguenti forme:

1. libera professione individuale o in equipe, caratterizzata dalla scelta diretta da parte dell'utente del singolo professionista o dell'equipe cui viene richiesta la prestazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 4, CCNL 1998/2001 dell'8 giugno 2000. e svolta all'interno delle strutture aziendali;

2. l'attività libero professionale per le professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) può essere organizzata anche in forma associata o per tramite di convenzioni sottoscritte tra la struttura ed altri soggetti terzi;

c) la libera professione dei dirigenti medici e veterinari e degli altri professionisti sanitari a rapporto esclusivo, per la quale deve essere garantito il personale di supporto adeguato alle esigenze, è svolta intramoenia all'interno delle strutture in spazi adeguati e fruibili che soddisfino i requisiti generali di accreditamento dell'attività ambulatoriale, con congrua disponibilità di accesso e oraria e nella modalità di intramoenia allargata in ambulatori esterni, garantendo comunque la tracciabilità delle prestazioni e dei pagamenti.

8. La Regione favorisce l'espletamento di procedure concorsuali comuni a più aziende sanitarie, per la selezione di medesime posizioni di lavoro, sulla base di regolamenti interaziendali conformi ad uno schema tipo definito dalla Giunta regionale, liberamente adottabili dalle aziende del SSL.»;

z) l'articolo 19 è sostituito dal seguente:

«Art. 19
(Sperimentazioni gestionali)

1. La Regione, anche in attuazione dell'articolo 9 bis del d.lgs. 502/1992, promuove programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, al fine di migliorare l'efficienza e la qualità del SSL.

2. La Giunta regionale adotta linee di indirizzo per le sperimentazioni gestionali sulla base dei seguenti criteri:

a) la natura della sperimentazione deve essere ricondotta ad una delle seguenti forme giuridiche: fondazioni, associazioni in partecipazione, società miste, soggetti di diritto privato selezionati con procedura di evidenza pubblica;

b) alla sperimentazione gestionale si applicano le regole dell'autorizzazione, dell'accreditamento e della contrattualizzazione di cui al d.lgs. 502/1992;

3. Le sperimentazioni gestionali possono riguardare tutte le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali, attraverso la riqualificazione dei servizi, l'ammodernamento delle strutture e l'utilizzo di nuovi modelli organizzativi.

4. Le sperimentazioni gestionali sono autorizzate dalla Giunta regionale, hanno di norma durata massima quinquennale e possono essere prorogate una sola volta per uguale periodo. Al termine della sperimentazione, sulla base degli esiti positivi della stessa, la Giunta regionale può autorizzare la stabilizzazione del modello gestionale, procedendo alla definitiva autorizzazione, all'accreditamento e alla contrattualizzazione del soggetto gestore o, in caso contrario, ne dichiara la cessazione.

5. La Giunta regionale, durante il periodo di durata della sperimentazione, può autorizzare rimodulazioni del progetto iniziale sulla base degli esiti rilevati dal monitoraggio periodico sull'andamento della sperimentazione, al fine di garantirne la sostenibilità e l'appropriatezza prestazionale ed economica.»;

aa) l'articolo 20 è sostituito dal seguente:

«Art. 20
(Conferenza dei sindaci)

1. La conferenza dei sindaci è composta dai sindaci, o loro delegati, dei comuni compresi nel territorio delle ATS e si articola, come previsto dall'articolo 7 bis, in:

a) l'assemblea dei sindaci del distretto;

b) l'assemblea dei sindaci dell'ambito distrettuale.

2. Le conferenze dei sindaci, in particolare ai fini della presente legge:

a) formulano, nell'ambito della programmazione territoriale dell'ATS di competenza, proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività sociosanitaria e socioassistenziale, con l'espressione di un parere sulle linee guida per l'integrazione sociosanitaria e sociale. Partecipano inoltre alla definizione dei piani sociosanitari territoriali all'interno delle cabine di regia di cui all'articolo 6, comma 6, lettera f);

b) partecipano alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS con particolare riferimento a quelli relativi alle ASST;

c) promuovono l'integrazione delle prestazioni e/o delle funzioni sociali, con le funzioni e/o le prestazioni dell'offerta sanitaria e sociosanitaria anche favorendo, a tal fine, la costituzione tra i comuni di enti o soggetti aventi personalità giuridica;

d) esprimono il proprio parere sulla finalizzazione e sulla distribuzione territoriale delle risorse finanziarie.

3. Per l'esercizio delle sue funzioni la conferenza dei sindaci si avvale del consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza stessa.

4. Il funzionamento della conferenza, delle assemblee dei sindaci e del consiglio di rappresentanza dei sindaci è disciplinato con deliberazione della Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente e sentiti i rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

5. L'assemblea dei sindaci del distretto, anche con l'ausilio delle sue articolazioni per ambiti distrettuali svolge altresì le funzioni del comitato dei sindaci del distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 ed è disciplinata con la deliberazione di cui al comma 4.»;

bb) l'articolo 21 è sostituito dal seguente:

«Art. 21
(Sistema informativo sanitario, tessera sanitaria e carta nazionale dei servizi)

1. La Giunta regionale organizza il sistema informativo sanitario anche al fine di dare attuazione all'articolo 10 del d.lgs. 502/1992 e, in particolare, di fornire gli elementi conoscitivi necessari per rendere sistematiche la verifica e la revisione della qualità e della quantità delle prestazioni erogate e per valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi sanitari. Il sistema informativo sanitario, composto in maniera integrata da tutti i singoli flussi informativi necessari alla programmazione e alla valutazione delle attività sanitarie, nonché da tutte le attività riconducibili al contesto della sanità digitale, è articolato a livello regionale e locale e assicura i flussi informativi verso i Ministeri competenti, l'ISTAT e gli altri istituti centrali.

2. Il sistema informativo sanitario è organizzato dalla Giunta regionale secondo i seguenti criteri:

a) coordinare le attività delle unità periferiche;

b) raccogliere le informazioni derivanti da tali unità, elaborarne la sintesi in forma omogenea e curarne la trasmissione ai soggetti, regionali e locali, competenti;

c) mettere a disposizione dei soggetti titolati, a livello regionale e locale, le informazioni raccolte e necessarie per adempiere ai compiti istituzionali di ciascun soggetto;

d) rendere tempestiva la diffusione di informazioni di carattere scientifico e sanitario provenienti da fonti nazionali, comunitarie ed internazionali.

3. La sanità digitale si realizza a livello regionale e locale attraverso una serie di interventi condivisi tra tutte le amministrazioni operanti a livello centrale, regionale e locale. In particolare, attraverso la piattaforma del sistema informativo regionale la Regione provvede a:

a) realizzare e diffondere sul territorio del fascicolo sanitario elettronico, così come previsto dal decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 (Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese) convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221 e alla graduale sostituzione delle prescrizioni in formato cartaceo con le equivalenti in formato elettronico generate secondo le modalità del decreto del Ministro dell'economia e della finanze 2 novembre 2011 (De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 "Progetto Tessera Sanitaria"), nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi offerti ai cittadini;

b) promuovere, anche in ottemperanza all'articolo 6, comma 2, lettera d), del decreto-legge 13 maggio 2011, n. 70 (Semestre Europeo - Prime disposizioni urgenti per l'economia) convertito, con modificazioni, dalla legge 12 luglio 2011, n. 106, presso tutte le agenzie ed aziende del SSL e anche con il coinvolgimento, preferibilmente isorisorse, delle autonomie locali, delle farmacie e di eventuali ulteriori soggetti autorizzati dalla ATS territorialmente competente, la realizzazione di procedure telematiche on line per consentire la prenotazione e il pagamento on line delle prestazioni erogate, nonché la consegna in modalità digitale dei referti medici;

c) consentire, inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali del sistema CUP, la realizzazione della rete regionale di prenotazione in cui potranno confluire i sistemi CUP delle diverse aziende sanitarie al fine di superare modalità isolate e canali non integrati;

d) indirizzare le agenzie e le aziende del SSL a pubblicare sul web le liste d'attesa per singola specialità e profilo assistenziale, al fine di semplificare i percorsi di fruizione per i cittadini;

e) individuare idonei indicatori di risultato e pubblicare sul web i risultati sugli esiti clinici delle aziende del SSL, al fine di favorire la libera scelta consapevole da parte dei cittadini.

4. La tessera sanitaria (TS/CNS), istituita ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici) convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, è uno strumento indispensabile per il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e, in quanto carta nazionale dei servizi (CNS), ai sensi del Codice dell'amministrazione digitale, rappresenta la modalità che consente l'accesso per via telematica ai servizi erogati dalla pubblica amministrazione e sostituisce, dal 1 ottobre 2013, la carta regionale dei servizi (CRS).

5. Al fine di migliorare i servizi ai cittadini e di rafforzare gli interventi in tema di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prestazioni, i soggetti erogatori di prestazioni a carico del servizio sanitario regionale, compresi i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e i farmacisti, sono tenuti a dare attuazione alle disposizioni nazionali e regionali in materia, anche utilizzando la piattaforma tecnologica del sistema informativo sanitario e i servizi messi a disposizione per la comunicazione ed elaborazione dei dati sanitari. Il mancato utilizzo del sistema informativo da parte dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti, nonché degli enti erogatori accreditati con il SSR integra la grave infrazione prevista e sanzionata dai vigenti accordi nazionali di categoria e costituisce inadempimento degli obblighi contrattuali.

6. La Giunta regionale adotta le necessarie indicazioni operative e definisce le misure conseguenti, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 24 dicembre 2013, n. 3 (Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti e agenzie regionali, degli enti vigilati dalla Regione Lombardia).

7. La Giunta regionale è autorizzata ad attivare iniziative occorrenti per ottimizzare la programmazione e la gestione finanziaria del servizio sanitario regionale, nonché per garantire il rispetto dei tempi di pagamento e il contenimento degli oneri finanziari.»;

cc) l'articolo 22 è sostituito dal seguente:

«Art. 22
(Sistema informativo contabile)

1. La Giunta regionale emana direttive per uniformare i sistemi di rilevazione delle informazioni necessarie per il governo del sistema. Definisce gli schemi di classificazione

dei dati economico finanziari secondo le normative comunitarie e nazionali in materia, integrate anche per esigenze di carattere informativo regionale. Le ATS, le ASST, le AO e le fondazioni IRCCS si dotano di sistemi informativi tali da consentire la pianificazione delle attività, il controllo di gestione e la verifica delle proprie attività sotto il profilo della efficacia e della efficienza. Provvedono inoltre a soddisfare il debito informativo verso la Regione e ogni altra istituzione che ne abbia titolo. Il mancato assolvimento del debito informativo può comportare la cessazione dei trasferimenti regionali, anche a titolo di acconto, agli enti del sistema.

2. Al fine di dotare la Regione di strumenti adeguati alla realizzazione di un efficace monitoraggio della spesa sanitaria regionale, dando separata evidenza alla spesa del personale, in relazione alla responsabilità assunta con l'accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e agli adempimenti previsti dall'articolo 2, comma 4, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, la Giunta regionale definisce il debito informativo relativo al personale delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate. Il flusso informativo sul personale è strutturato in modo da acquisire informazioni dettagliate per singolo dipendente, tramite integrazione tra i sistemi informativi delle aziende sanitarie e delle strutture private accreditate che gestiscono i trattamenti giuridici ed economici del personale, osservando modalità di acquisizione e trattamento dei dati che tutelino la riservatezza, ai sensi del d.lgs. 196/2003.

3. Il sistema contabile del comparto socio-sanitario è predisposto sulla base delle disposizioni del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), in particolare le norme del Titolo II modificato ed integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126, e sulla base del codice civile, fatto salvo quanto difformemente previsto dallo stesso d.lgs. 118/2011. Il sistema contabile deve garantire tutte le informazioni ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio, in sinergia con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

4. Costituiscono documenti contabili obbligatori per gli enti pubblici di cui alla presente legge il bilancio preventivo economico annuale e relativi allegati, il bilancio di esercizio e relativi allegati, ivi compreso il rendiconto finanziario. I modelli di bilancio sono predisposti sulla base di schemi previsti dall'articolo 26 e dall'allegato 2 del d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute 20 marzo 2013 (Modifica degli schemi dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico e della nota Integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale). Al bilancio di esercizio è allegata una nota per l'evidenziazione delle spese del personale.

5. Il bilancio degli enti di cui al comma 4 è composto dalle seguenti contabilità sezionali:

a) attività sociali e sociosanitarie;

b) attività libero-professionali intramurarie;

c) attività di ricerca per le sole Fondazioni IRCCS;

d) attività di emergenza urgenza.

6. Costituiscono inoltre parte del processo di bilancio le seguenti scritture obbligatorie:

a) libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) libro delle adunanze del collegio sindacale;

c) libro giornale;

d) libro degli inventari;

e) libro dei cespiti ammortizzabili;

f) repertorio dei contratti.

7. L'esercizio contabile coincide con l'anno solare.

8. Il direttore generale adotta i bilanci secondo gli schemi e i tempi definiti dal d.lgs. 118/2011, nonché dal decreto del Ministro della salute del 20 marzo 2013. Il bilancio d'esercizio è redatto con chiarezza e rappresenta in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'ente, nonché il risultato economico dell'esercizio. L'eventuale risultato positivo è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti.

9. I bilanci degli enti pubblici di cui alla presente legge, adottati dal direttore generale secondo le scadenze di legge, sono trasmessi ai competenti uffici della Giunta regionale corredati dalla relazione del collegio sindacale per l'approvazione da parte della stessa Giunta regionale.

10. Il bilancio preventivo economico annuale è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. Entro la stessa data la Giunta regionale approva il bilancio preventivo economico annuale consolidato.

11. Il bilancio d'esercizio è adottato dal direttore generale degli enti pubblici di cui alla presente legge entro il 30 aprile dell'esercizio successivo a quello di competenza ed è approvato dalla Giunta regionale entro il 31 maggio. Il bilancio consolidato è approvato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione da parte della Giunta regionale, i bilanci sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione.

12. I direttori generali degli enti pubblici di cui alla presente legge assicurano il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario della gestione e il rispetto degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico, coerenti e conseguenti con le linee di indirizzo approvate dalla Giunta regionale per l'anno di riferimento.

13. Ai fini di cui al comma 12, i direttori generali sono tenuti a presentare alla competente direzione regionale, ogni tre mesi, una certificazione, corredata del parere del collegio sindacale, in ordine alla coerenza della complessiva attività gestionale con gli impegni di equilibrio assunti nel bilancio preventivo economico e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari. In caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio complessivo e di mancato rispetto, i direttori generali sono tenuti contestualmente a presentare un piano, corredato del parere del collegio sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati è assicurata, pena la decadenza automatica dall'incarico del direttore generale, entro il 30 settembre, qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata alla fine del primo o del secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre.

14. Qualora per esigenze straordinarie sia necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste e incompatibili con gli impegni di equilibrio, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione, secondo i limiti e le modalità definiti dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili e urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali gli enti danno comunicazione alla Giunta regionale entro quindici giorni.

15. La decadenza automatica, ai sensi delle vigenti disposizioni, opera nei seguenti casi:

a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;

b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalle direzioni generali competenti;

c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre;

d) mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali previsti dai LEA.

16. In attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera f), della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge finanziaria 2005"), le disposizioni di cui ai commi 12, 13, 14 e 15 si applicano anche agli IRCCS non trasformati in fondazioni ai sensi del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della legge 16 gennaio 2003, n. 3).

17. La Giunta regionale definisce gli indicatori in base ai quali dichiarare lo stato di dissesto degli enti pubblici di cui alla presente legge. In caso di dissesto dichiarato con provvedimento della Giunta regionale, il direttore generale

decade dall'incarico e il suo rapporto contrattuale è risolto di diritto; al suo posto la Giunta regionale nomina, secondo le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 27 agosto 1994, n. 512 (Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle unità sanitarie locali), convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, un altro direttore generale con il compito di adottare, entro novanta giorni dalla nomina, un piano di rientro, di durata massima triennale, comprensivo del piano finanziario e del piano di riorganizzazione e ristrutturazione dei servizi, da proporre alla Giunta regionale per l'approvazione. La gestione del piano è affidata allo stesso direttore generale.

18. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio preventivo economico annuale della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello cui i bilanci economici preventivi si riferiscono. Il responsabile della gestione sanitaria accentrata adotta e sottopone all'approvazione della Giunta regionale sia il bilancio d'esercizio della gestione sanitaria accentrata sia il bilancio consolidato rispettivamente entro il 30 aprile ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazioni dei bilanci consolidati questi sono pubblicati integralmente sul sito internet della Regione. L'eventuale risultato positivo di esercizio derivante dai risparmi conseguenti alle misure adottate dalla Giunta regionale rimane nella disponibilità della regione per finalità sanitarie e viene accantonato in una apposita riserva del patrimonio netto destinata prioritariamente al ripiano delle perdite di esercizi pregressi, a investimenti strutturali e a progettualità specifiche approvate dalla Giunta regionale.»;

dd) l'articolo 23 è abrogato;

ee) l'articolo 24 è sostituito dal seguente:

«*Art. 24*
(Valorizzazione del ruolo del volontariato)

1. La Regione riconosce e promuove il ruolo del volontariato nella sua essenziale funzione complementare e ausiliaria al SSL, finalizzata al raggiungimento e al consolidamento della buona qualità, dell'efficienza dell'attività e della professionalità degli operatori, nonché dell'appropriatezza e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, in un'ottica sussidiaria favorendo momenti di aggregazione ed ascolto delle associazioni di volontariato, anche nell'ambito dei tavoli di confronto di cui all'articolo 5, comma 14.

2. La Regione promuove e favorisce attività di raccolta diffusa ed eventi di beneficienza finalizzati ad investimenti in tecnologia o attività di studio e ricerca, se proposte da soggetti iscritti agli albi regionali del terzo settore, garantendo la piena trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari generati da tali attività a garanzia dei donatori, dei benefattori e dei destinatari degli interventi.»;

ff) l'articolo 25 è sostituito dal seguente:

«*Art. 25*
(Promozione e coordinamento dell'utilizzo del patrimonio mobiliare dismesso delle strutture sanitarie e sociosanitarie)

1. La Regione promuove e coordina, per fini umanitari in Italia ed all'estero o per altri scopi comunque non lucrativi, l'utilizzo e la cessione del patrimonio mobiliare dismesso dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private operanti sul territorio regionale.

2. Ai fini del comma 1, la Giunta regionale fornisce le necessarie indicazioni operative, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) l'adesione all'attività di promozione e coordinamento, per i beni degli enti privati, avviene su base volontaria;

b) il bene messo a disposizione deve essere funzionante e libero da vincoli, secondo quanto previsto dalle procedure di contabilità generale;

c) la cessione del bene, ai fini previsti dal presente articolo, deve avvenire a titolo gratuito;

d) possono presentare richiesta per l'utilizzo o la cessione dei beni dismessi: enti pubblici, organizzazioni ed enti non governativi riconosciuti a livello nazionale, enti ecclesiastici riconosciuti, organizzazioni del terzo settore iscritte nei registri regionali, rappresentanze diplomatiche in Italia ed all'estero, la Croce rossa italiana, fatta salva l'eventualità che il destinatario ultimo del bene non coincida con il richiedente.

3. Con la deliberazione della Giunta regionale di cui al comma 1, sentito il parere della commissione consiliare competente, sono altresì definite le modalità di vigilanza e controllo sull'effettivo utilizzo del bene per le finalità previste dal presente articolo.»;

gg) l'articolo 26 è sostituito dal seguente:

«*Art. 26*
(Unità di offerta sociosanitarie)

1. Le unità di offerta sociosanitarie erogano prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

2. La Regione riconosce e valorizza il ruolo svolto delle unità d'offerta sociosanitarie quali componenti essenziali della rete regionale dei servizi per le persone fragili e per le loro famiglie promuovendone lo sviluppo e l'innovazione continua in relazione ai bisogni complessi emergenti.

3. La Giunta regionale individua le unità di offerta sociosanitarie, previa consultazione dei soggetti di cui all'articolo 5, comma 14.

4. La Giunta regionale definisce, con successivi provvedimenti, i criteri e le modalità di riordino e riqualificazione della rete sociosanitaria regionale nella prospettiva di una piena integrazione, tra dimensione sociosanitaria e sociale, nella risposta ai bisogni complessi con specifico riguardo all'area dei consultori, della riabilitazione, della disabilità, delle dipendenze e della fragilità e non autosufficienza.

5. Nell'attività di cui al comma 4 la Giunta regionale promuove:

a) modalità di presa in carico della persona fragile attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, socio sanitaria e sociale, in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

b) l'implementazione di modalità di valutazione dei bisogni attraverso unità multiprofessionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica, assistenziale e sociale, utilizzando le scale in essere presso le Regioni tenendo anche conto, ai fini della valutazione bio-psico-sociale della complessità del bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;

c) l'attivazione o il rafforzamento del supporto alla persona fragile e alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di ore di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni alla evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;

d) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia, eventualmente anche con trasferimenti monetari, nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura e assistenza domiciliare o alla fornitura diretta degli stessi da parte di famigliari e vicinato sulla base del piano personalizzato;

e) strumenti di supporto alla persona fragile e alla sua famiglia anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.»;

hh) l'articolo 27 è sostituito dal seguente:

«*Art. 27*
(Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale)

1. Il finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale è assicurato mediante:

a) finanziamento ordinario corrente: definito nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard, ivi compresa la mobilità attiva extraregionale e internazionale ed è destinato:

1. al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale;
2. al finanziamento di atti e provvedimenti regionali a carico della gestione sanitaria accentrata;

b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente: definito da atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli destinati all'erogazione di livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da pay back e da iscrizione volontaria al servizio sanitario nazionale;

c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso: definito da eventuali provvedimenti regionali di ripiano del disavanzo sanitario pregresso, anche mediante l'incremento di aliquote fiscali e l'introduzione degli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione (articolo 1, comma 174, legge 311/2004);

d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario: definito da atti nazionali e regionali destinati al finanziamento per investimenti strutturali del servizio sanitario regionale, ivi compreso il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "Legge finanziaria 1988"); costituiscono inoltre fonte di finanziamento i redditi da patrimonio ed i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni finalizzati ad investimenti quali la realizzazione, l'acquisizione e l'ammodernamento di strutture, infrastrutture e attrezzature sanitarie e non;

e) finanziamento da entrate proprie aziendali: integra i precedenti livelli di finanziamento ed è costituito da:

1. le quote di compartecipazione di competenza regionale del cittadino al costo delle prestazioni sanitarie e, dove previsto, sociosanitarie, comprese le eventuali esenzioni e graduazioni in funzione proporzionale al reddito del fruitore delle prestazioni e fino alla data della sua eliminazione con apposito provvedimento che individui la copertura di spesa susseguente ad una maggiore e sufficiente disponibilità regionale del gettito fiscale lombardo;
2. le entrate spettanti per le attività libero-professionali intra-murarie;
3. le entrate derivanti dalle attività di vigilanza e controllo nel rispetto dei limiti di destinazione previsti dalla normativa di settore;
4. le entrate a beneficio della Regione o degli enti di diritto pubblico del sistema sanitario derivanti da condanne o accordi relativi ai risarcimenti o indennizzi conseguenti a condotte poste in essere in pregiudizio agli interessi patrimoniali e non patrimoniali del servizio sanitario e sociosanitario regionale, ivi compresi i risarcimenti derivanti da rivalse nei confronti di soggetti condannati per danni alla salute;
5. una quota dei proventi derivati delle sperimentazioni finanziate da aziende di farmaci o dispositivi, da lasciare a bilancio delle ASST per gli studi e ricerche senza scopo di lucro;
6. i rimborsi effettuati dalle prefetture per le prestazioni erogate a stranieri irregolari (STP);
7. altri proventi e rimborsi tipici, ordinari e/o straordinari, delle ATS e delle ASST, AO, IRCCS, compresi i redditi da patrimonio e i proventi derivati dalle alienazioni di immobilizzazioni, destinate al finanziamento della spesa corrente.

2. La Regione, attraverso l'ausilio delle professionalità dell'Osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, promuove una revisione periodica delle tariffe dei DRG finalizzata all'adeguamento degli stessi alle più moderne valutazioni cliniche e tecnologiche. Nella stesura dei PSL di cui all'articolo 4, la Giunta regionale introduce tariffe differenziate dei DRG, attraverso la regolamentazione di un meccanismo premiante e penalizzante sui rimborsi, in base ad indicatori che misurino la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia delle prestazioni, oltrechè il governo dei tempi d'attesa e gli esiti di salute. Tale meccanismo può essere applicato anche in funzione della complessità delle strutture erogatrici, pubbliche e private, identificate in coerenza con il regolamento sugli standard ospedalieri vigente.

3. Annualmente la Giunta regionale, nell'ambito delle risorse di parte corrente di cui al comma 1, costituisce un fondo per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili e ne determina le modalità di riparto. La Regione persegue, laddove possibile, la trasformazione delle funzioni non tariffabili in prestazioni o servizi tariffabili, con conseguente riduzione del fondo.

4. Le fonti di finanziamento corrente di cui ai commi 1 e 2 sono destinate annualmente, da parte della Giunta regionale:

a) alle ATS, attraverso la definizione della quota capitaria per il finanziamento dei propri costi di funzionamento, dei costi relativi ai servizi erogati direttamente nonché per la remunerazione delle prestazioni erogate da tutti i soggetti accreditati ed a contratto pubblici e privati per i propri assistiti, ivi inclusa la mobilità extraregionale e intra-regionale; alle stesse ATS sono, inoltre, assegnate le risorse aggiuntive per la contrattazione territoriale specifica previste dall'articolo 5, comma 7, lettera l), e quelle per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili fino al loro superamento previsto dal comma 3, oltre ad eventuali contributi, rivedibili ogni tre anni, per specifiche progettualità a favore di soggetti erogatori accreditati per attività di ricovero e cura che operano senza fini di lucro e non sono controllati da società con fini di lucro né le controllano, degli ospedali classificati ai sensi della legge 12 febbraio 1968, n. 132 (Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera) di proprietà e gestiti da istituti ed enti ecclesiastici civilmente riconosciuti, esistenti alla data del 30 giugno 2008, per la realizzazione di programmi finalizzati ad incrementare l'integrazione con la rete locale dei servizi sanitari e sociosanitari per la presa in carico della cronicità e delle fragilità;

b) alle ASST, AO e alle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico, le risorse per la remunerazione di eventuali funzioni non tariffabili, eventuali contributi per progetti e finalità specifiche con vincolo di destinazione anche a titolo di riequilibrio e eventuali interventi destinati ad investimenti;

c) all'AREU, le risorse destinate al finanziamento dei propri costi di funzionamento e per l'espletamento delle attività previste dall'articolo 16.

5. Le risorse definite al comma 1, lettera e), integrano le fonti di finanziamento corrente assegnate dalla Giunta regionale, di cui al comma 3. Per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico costituiscono altresì fonte di finanziamento i ricavi per le prestazioni sanitarie erogate e le eventuali assegnazioni effettuate dall'AREU nell'ambito delle attività ad essa delegate.

6. La modalità di trasferimento delle risorse finanziarie dalla Regione alle aziende sanitarie pubbliche è demandata alla Giunta regionale e avviene:

a) per le ATS sulla base del reale fabbisogno del proprio territorio per i soggetti erogatori accreditati di tutti i servizi sanitari e sociosanitari pubblici e privati, ivi compreso il saldo di mobilità intra ed extra regionale;

b) per le ASST, AO e le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico e per l'AREU, nei limiti delle assegnazioni effettuate.

7. Con provvedimento della Giunta regionale, da emanarsi entro la fine di ogni anno, sono fissati i limiti finanziari attinenti alla spesa per prestazioni sanitarie e sociosanitarie/ospedaliera specialistica e diagnostica per tutte le strutture, pubbliche e private, in ottemperanza alla normativa nazionale e in attuazione dei contenuti della presente legge, con particolare riferimento ai principi di cui all'articolo 5, comma 7, all'articolo 11 e all'articolo 15.

8. La Regione favorisce, senza oneri per il bilancio pubblico, l'esercizio di forme integrative di assistenza sanitaria anche per il tramite di forme assicurative e mutualistiche per le finalità di cui all'articolo 9 del d.lgs. 502/1992.

9. Gli atti di trasferimento ai terzi di diritti reali su beni immobili costituenti patrimonio delle strutture sanitarie pubbliche e delle Fondazioni IRCCS di diritto pubblico sono assoggettati alla preventiva autorizzazione della direzione regionale competente per materia secondo modalità e procedure definite con deliberazione della Giunta regionale. Le Fondazioni IRCCS di diritto pubblico adeguano i propri statuti a tale previsione entro novanta giorni dalla pubblicazione nel BURL della citata deliberazione.

10. In applicazione delle disposizioni di cui al decreto del Ministro della sanità 10 febbraio 1995, che modifica il d.p.r. 616/80, la Giunta regionale emana direttive per l'organizzazione e il finanziamento dello speciale distretto di Campione d'Italia.»;

ii) nel Titolo I, così come modificato dalle lettere a) e b), dopo l'articolo 27 sono aggiunti i seguenti:

«Art. 27 bis
(Maggiorazioni tariffarie a favore degli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato e delle strutture sanitarie di ricovero e cura - poli universitari)

1. Fatta eccezione per le prestazioni rese in regime di mobilità sanitaria attiva, è autorizzata la maggiorazione sulle tariffe per le prestazioni di ricovero e cura erogate dagli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto e dalle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto, convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

2. Per le strutture sanitarie e sociosanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 25 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero dei posti letto attivi destinati alle attività didattiche;

b) numero degli studenti frequentanti il polo didattico;

c) numero del personale formalmente dedicato alla formazione e al tutoraggio.

3. Per gli IRCCS di diritto pubblico e di diritto privato accreditati e a contratto la Giunta regionale determina annualmente la maggiorazione di cui al comma 1, fino ad un massimo del 19 per cento, in base ai seguenti criteri:

a) numero del personale addetto alle attività di ricerca per posto letto;

b) numero di progetti di ricerca in corso di svolgimento presso la struttura;

c) impact factor *standardizzato della struttura.*

4. La maggiorazione tariffaria è riconosciuta ai soggetti di cui al comma 1, su richiesta degli stessi, corredata da dichiarazione di formale impegno a:

a) rispettare gli standard definiti dalla Giunta regionale in ordine all'instaurazione, in via prioritaria e prevalente, di rapporti di lavoro dipendente a tempo indeterminato con i medici e con il personale infermieristico;

b) presentare il consolidamento dei bilanci con evidenziazione dei conti economici relativi all'attività sanitaria;

c) perseguire la razionalizzazione dei costi dell'organizzazione delle attività e conseguentemente delle prestazioni erogate nei piani strategici triennali per gli IRCCS di diritto pubblico e per le strutture di ricovero e cura pubbliche convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia, o in appositi documenti programmatici a valenza triennale per gli IRCCS di diritto privato accreditati e a contratto e per le strutture di ricovero e cura private accreditate e a contratto convenzionate con le facoltà universitarie lombarde di medicina e chirurgia come sedi didattiche per i corsi di laurea in medicina e chirurgia.

5. La Giunta regionale determina i parametri economici per la verifica del consolidamento dei bilanci, tenendo conto della distinzione fra attività di ricerca e attività sanitaria esercitata nella Regione, nonché le modalità di assolvimento dell'impegno di cui al comma 4. Il mancato assolvimento dell'impegno comporta la revoca delle maggiorazioni di cui ai commi 2 e 3.

6. Il riconoscimento della maggiorazione sulle tariffe preclude il riconoscimento degli eventuali contributi economici ricevuti, di cui all'articolo 27 quater, nonché delle funzioni di didattica universitaria, di ampiezza del case mix *e di integrazione tariffaria per percentuale di pazienti extraregionali superiore alla media regionale.*

7. La Giunta regionale, nel rispetto dell'equilibrio economico finanziario di sistema, determina il relativo finanziamento annuale in sede di definizione degli indirizzi di gestione del servizio sociosanitario regionale, in relazione agli stanziamenti annuali del relativo bilancio di previsione.

Art. 27 ter
(Istituzione dell'Assessorato alla salute e politiche sociali "Welfare")

1. Al fine di dare piena attuazione alla presente legge, il Presidente della Regione, secondo quanto previsto dallo Statuto d'autonomia, istituisce l'Assessorato alla salute e politiche sociali (Welfare), riassumendo le deleghe in essere rispettivamente all'Assessorato alla salute e all'Assessorato alla famiglia, solidarietà sociale, volontariato e pari opportunità, all'atto dell'approvazione legge regionale recante «Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

Art. 27 quater
(Misure di razionalizzazione della spesa sanitaria)

1. Gli enti di cui alla presente legge ottemperano alle disposizioni di principio di cui agli articoli 6 e 9 della legge 30 luglio 2010, n. 122 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica), ferma restando la facoltà di ricorrere ad assunzioni di personale a tempo determinato e ad altre tipologie di rapporti di lavoro flessibili strettamente necessarie al fine di garantire le attività di emergenza e urgenza e i livelli essenziali di assistenza. La Giunta regionale fornisce indicazioni in ordine al personale indispensabile ad assicurare le finalità di cui al primo periodo e procede annualmente alla verifica del rispetto, da parte delle aziende, delle condizioni e dei limiti di cui al presente comma. La Giunta regionale definisce inoltre le misure di compensazione necessarie a preservare l'equilibrio complessivo della parte sanitaria del bilancio regionale.

Art. 27 quinquies
(Sanzioni)

1. Fatte salve le responsabilità di natura civile e penale, nonché le sanzioni dovute al mancato rispetto di altre normative regionali o nazionali, l'inosservanza delle disposizioni relative ai requisiti richiesti per l'esercizio di attività sanitarie o sociosanitarie, incluse quelle che svolgono attività di soccorso e/o trasporto sanitario, o per l'accreditamento e l'inosservanza delle disposizioni relative alla rendicontazione delle prestazioni erogate e al rispetto dei criteri di appropriatezza specifica e generica di erogazione delle prestazioni comportano l'applicazione delle seguenti sanzioni:

a) da € 15.000 a € 150.000 per l'esercizio di attività sanitarie o di soccorso e trasporto sanitario in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;

b) da € 5.000 a € 50.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza di autorizzazione o senza aver presentato la SCIA;

c) da € 3.000 a € 30.000 per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie o sociosanitarie per le quali non è stata ottenuta l'autorizzazione o non è stata presentata la SCIA;

d) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital *o di* day surgery, *per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;*

e) da € 6.000 a € 60.000 se si tratta di strutture sanitarie di ricovero e cura o di day hospital *o di* day surgery, *per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;*

f) da € 3.000 a € 30.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per l'assenza o il mancato mantenimento di uno o più requisiti minimi autorizzativi o di accreditamento;

g) da € 2.000 a € 20.000 se si tratta di strutture esclusivamente ambulatoriali, per codifiche che non rappresentino in modo corretto le prestazioni erogate;

h) da € 1.000 a € 10.000 per l'esercizio di attività sociosanitarie in mancanza dei requisiti minimi;

i) da € 500 a € 5.000 per il mancato mantenimento di uno o più requisiti di accreditamento relativamente alle attività sociosanitarie;

j) da € 500 a € 5.000 per il mancato invio alla Regione o alla competente ATS di comunicazioni o flussi informativi.

2. Con riferimento alle fattispecie di cui al comma 1, lettere d) e f), la soglia di errore sanzionabile scatta quando l'entità della decurtazione economica realizzata come esito dell'attività di controllo è maggiore o uguale al 5 per cento del valore delle prestazioni sanitarie dell'intero campione controllato.

3. I requisiti per il cui assolvimento è prevista la predisposizione di documenti, disposizioni procedurali, regolamenti interni o linee guida si considerano assolti solo se la suddetta documentazione risulta conforme alla normativa vigente e la struttura vi ha dato regolare esecuzione.

4. L'applicazione delle sanzioni di cui al comma 1 spetta alle ATS, che introitano le somme riscosse a seguito dell'irrogazione.

5. L'accertamento dell'assenza o del mancato mantenimento dei requisiti autorizzativi o di accreditamento o l'inottemperanza al debito informativo di cui al comma 1, lettera j), comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, previa diffida ad ottemperare entro un congruo termine ai requisiti medesimi o al debito informativo, la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo. L'accertamento della mancata autorizzazione o della mancata presentazione della SCIA comporta, oltre all'applicazione della sanzione di cui al comma 1, lettera a), il divieto di prosecuzione dell'attività.

6. Con riferimento alle strutture che erogano prestazioni di diverse branche o il cui assetto è composto da più unità operative, la sospensione o il divieto di prosecuzione dell'attività può riguardare, in relazione al tipo di requisito mancante, generale o specifico, tutta la struttura, una o più branche specialistiche, una o più unità operative.

7. L'accertamento di una mancanza di requisiti autorizzativi o di accreditamento tale da comportare un grave rischio per la salute dei cittadini, diretto e immediato o indiretto e potenziale, comporta, in aggiunta alle sanzioni di cui al comma 1, la diffida ad ottemperare ai requisiti medesimi con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un periodo minimo di tre giorni fino ad un massimo di centottanta o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione della medesima per analogo periodo.

8. Le violazioni delle disposizioni relative ai requisiti di autorizzazione o di accreditamento e di codifica delle prestazioni di cui al comma 1, lettere c), e), g), e h), contestate alla medesima struttura per la terza volta nel corso dell'anno solare, comportano la diffida ad ottemperare con contestuale e immediata sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento per un tempo congruo al ripristino dei requisiti non assolti o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di continuare ad esercitare l'attività.

9. La mancata ottemperanza ai requisiti autorizzativi o di accreditamento in seguito alla sospensione di cui ai commi 5, 6, 7 e 8 comporta la revoca dell'autorizzazione o dell'accreditamento o, nel caso di attività sanitaria o sociosanitaria esercitata a seguito della presentazione della sola SCIA, il divieto di prosecuzione dell'attività.

10. Per quanto non espressamente previsto, si osservano, in quanto applicabili, le disposizioni della legge 24 novembre, n. 689 (Modifiche al sistema penale), con particolare riguardo alle disposizioni di cui all'articolo 11.

Art. 27 sexies
(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, secondo le rispettive competenze, valutano i risultati e l'efficacia delle politiche socio-sanitarie disciplinate dalla presente legge.

2. La Giunta regionale informa il Consiglio regionale dell'attuazione della presente legge e dei risultati ottenuti nel promuovere la salute e il benessere dei cittadini lombardi. A tal fine, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione biennale che documenta e descrive:

a) gli interventi realizzati in attuazione della presente legge, specificando le risorse impiegate, i soggetti coinvolti nell'attuazione e i beneficiari raggiunti;

b) le azioni di sistema, di regolazione, di programmazione e di controllo realizzate e i relativi esiti;

c) le eventuali criticità verificatesi e le soluzioni messe in atto per farvi fronte;

d) i risultati e gli effetti delle politiche promosse, secondo specifici temi e quesiti che il Comitato paritetico di controllo e valutazione del Consiglio regionale, di concerto con la competente commissione consiliare, segnala all'Assessore regionale alla salute e politiche sociali (Welfare).

3. Il Consiglio regionale può destinare apposite risorse allo svolgimento delle analisi necessarie a rispondere ai quesiti di cui ai commi 1 e 2.

4. La Giunta regionale rende accessibili i dati e le informazioni elaborate per le attività valutative previste dalla presente legge. Il Consiglio regionale rende pubblici i documenti che concludono l'esame svolto unitamente alla relazione che ne è stata oggetto.»;

jj) gli articoli 3 bis, 13 bis, 19 bis, 19 ter e 25 bis sono abrogati;

kk) dopo l'Allegato B è aggiunto il seguente:

«Allegato 1 (articoli 6 e 7)

ATS della Città Metropolitana di Milano

- IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
- IRCCS ISTITUTO NEUROLOGICO CARLO BESTA
- IRCCS OSPEDALE POLICLINICO DI MILANO
- ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretto 2 della Zona 9 di Milano e l'Ospedale Niguarda*
- ASST SANTI PAOLO E CARLO, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 4 e 5 delle Zone di Milano 5, 6 e 7 e gli Ospedali San Paolo e San Carlo Borromeo*
- ASST FATEBENEFRATELLI SACCO, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie ex Distretti 1, 2, 3 e 4 delle Zone 1, 2, 3, 4 e 8 di Milano e i Poli Ospedalieri:*
  - *Ospedale Luigi Sacco*
  - *Ospedale Fatebenefratelli*
  - *Ospedale dei Bambini Vittore Buzzi*
  - *Clinica Macedonio Melloni*
- ASST CENTRO SPECIALISTICO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO GAETANO PINI/CTO, *comprendente gli Ospedali Gaetano Pini e CTO (Centro Ortopedico Traumatologico) e la rete ambulatoriale territoriale specialistica ortopedico traumatologica*
- ASST OVEST MILANESE, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di*
  - *Legnano*
  - *Magenta*
  - *Castano Primo*
  - *Abbiategrasso*
- ASST RHODENSE, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di*
  - *Rho*
  - *Garbagnate*
  - *Corsico*
- ASST NORD MILANO, *comprendente il territorio degli ex Distretti ASL 6 e 7 di Cinisello Balsamo e Sesto San Giovanni, l'Ospedale Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni e i Poliambulatori dell'ex AO ICP*

- ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA, *comprendente il Territorio ed i relativi Poli Ospedalieri afferenti all'ex ASL di Milano 2*
- ASST DI LODI, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lodi*

ATS DELL'INSUBRIA:

- ASST DEI SETTE LAGHI, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Angera, che in fase di prima attuazione rimane funzionalmente collegato all'Ospedale di Gallarate, nell'ambito dell'ASST della Valle Olona) degli ex Distretti ASL di:*
  - *Varese*
  - *Arcisate*
  - *Azzate*
  - *Laveno*
  - *Luino*
  - *Sesto Calende*
  - *Tradate*
- ASST DELLA VALLE OLONA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Busto Arsizio*
  - *Castellanza*
  - *Gallarate*
  - *Somma Lombardo*
  - *Saronno*
- ASST LARIANA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Como, ad eccezione dell'ex Distretto ASL Medio Alto Lario*

ATS DELLA BRIANZA:

- ASST DI LECCO, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Lecco*
- AASST DI MONZA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Monza*
  - *Desio*
- ASST DI VIMERCATE, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Carate Brianza*
  - *Seregno*
  - *Vimercate*

ATS DI BERGAMO:

- ASST PAPA GIOVANNI XXIII, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Bergamo*
  - *Valle Brembana/Valle Imagna*
- ASST DI BERGAMO OVEST, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Dalmine*
  - *Bassa Bergamasca*
  - *Isola Bergamasca*
- ASST DI BERGAMO EST, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Est Provincia*
  - *Valle Seriana / Valle di Scalve*

ATS DI BRESCIA:

- ASST DEGLI SPEDALI CIVILI DI BRESCIA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Brescia*
  - *Brescia Est*
  - *Brescia Ovest*
  - *Val Trompia*
- ASST DELLA FRANCIACORTA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie degli ex Distretti ASL di:*
  - *Sebino*
  - *Monte Orfano*
  - *Oglio Ovest*
  - *Bassa Bresciana Occidentale*
- ASST DEL GARDA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie (ad esclusione dell'Ospedale di Montichiari, che rimane funzionalmente collegato agli Spedali Civili di Brescia, nell'ambito dell'ASST degli Spedali Civili di Brescia) degli ex Distretti ASL di:*
  - *Garda/Salò*
  - *Valle Sabbia*
  - *Bassa Bresciana Orientale*
  - *Bassa Bresciana Centrale*

ATS DI PAVIA:

- IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO
- ASST DI PAVIA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Pavia*

ATS DELLA VAL PADANA:

- ASST DI CREMONA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Cremona, ad esclusione dell'ex Distretto ASL di Crema*
- ASST DI MANTOVA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie della provincia di Mantova*
- ASST DI CREMA, *comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ex Distretto ASL di Crema*

ATS DELLA MONTAGNA:

- ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO, *che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell' ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie:*
  - *della provincia di Sondrio*
  - *del Distretto Medio Alto Lario dell'ASL di Como*
- ASST DELLA VALCAMONICA, *che mantiene la propria autonomia e le proprie sedi, ospitando altresì le sedi operative dell'ATS e comprendente il territorio e le relative strutture sanitarie e sociosanitarie dell'ASL della Valle Camonica/Sebino.".*

Art. 2
(Disposizioni finali e disciplina transitoria)

1. Alla data di entrata in vigore della presente legge si considerano istituite le ATS e le ASST di cui agli articoli 6 e 7 della l.r. 33/2009 e al relativo Allegato 1, come sostituiti dall'articolo 1, comma 1, nonché l'Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e l'Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo.

2. Al fine di procedere all'effettiva costituzione delle ATS e delle ASST, la Giunta regionale:

a) nomina, per ciascuna delle costituende ATS e ASST, un collegio composto dai direttori o commissari delle aziende interessate, a cui affidare il compito di effettuare, entro il termine di due mesi dalla nomina, la ricognizione del personale e di tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, di redigere gli inventari dei beni patrimoniali mobili e immobili, nonché di predisporre ogni altra documentazione utile alla costituzione delle ATS e ASST e di trasmettere gli esiti dell'attività svolta alla stessa Giunta regionale con apposita relazione;

b) seleziona, secondo procedure ad evidenza pubblica, una società specializzata in processi di riorganizzazione aziendale che affianchi un gruppo di lavoro appositamente costituito presso la direzione regionale competente nella fase di avvio e di stabilizzazione dei nuovi assetti organizzativi, secondo criteri di efficienza e di razionale utilizzo delle ri-

sorse disponibili, e nella predisposizione dei relativi atti da sottoporre alla stessa Giunta regionale.

3. Il gruppo di lavoro di cui al comma 2, lettera b), è costituito con decreto del direttore generale della direzione regionale competente ed è composto, oltre che da funzionari e dirigenti della Regione, da personale proveniente dagli enti di cui all'Allegato A1, Sezione II, della legge regionale 27 dicembre 2006, n. 30 (Disposizioni legislative per l'attuazione del documento di programmazione economico-finanziaria regionale, ai sensi dell'articolo 9 ter della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – collegato 2007), anche in deroga alla percentuale di cui all'articolo 28, comma 2 bis, della legge regionale 7 luglio 2008, n. 20 (Testo unico delle leggi regionali in materia di organizzazione e personale) e ricomprendendo i ruoli delle dirigenze medica, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa del SSL.

4. La Giunta regionale, acquisita e valutata la documentazione di cui al comma 2, approva le deliberazioni costitutive delle ATS e delle ASST regolando contestualmente la fase di transizione, con particolare riguardo alla definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei procedimenti in corso, alla nomina degli organi, al subentro nei rapporti giuridici, all'assegnazione anche in via provvisoria di funzioni, di beni e di risorse umane, ai debiti informativi e alle gestioni liquidatorie, in modo che sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni.

5. La Giunta regionale è altresì autorizzata ad adottare ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di definizione dei nuovi assetti, anche con riferimento all'esigenza di uniformare i sistemi informativi.

6. L'attività dei collegi di cui al comma 2 si protrae fino alla data di nomina dei nuovi direttori generali o commissari straordinari, fatta salva la possibilità di ricostituirli in conseguenza delle nuove nomine.

7. La Giunta regionale approva le deliberazioni costitutive dell'agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo e dell'agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo, definendone gli assetti organizzativi e la relativa articolazione e procedendo alla contestuale nomina dei direttori generali.

8. Alla data indicata nelle deliberazioni di cui al comma 4:

a) sono soppresse le ASL e le AO, con conseguente scioglimento dei relativi organi e decadenza dei direttori amministrativi, sanitari e sociali in carica alla data di nomina dei nuovi direttori amministrativi, sanitari e sociosanitari individuati in base agli elenchi degli idonei per la nomina dei direttori amministrativi, sanitari e sociali;

b) le ATS subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle ASL;

c) le ASST subentrano nei rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo alle AO;

d) acquistano efficacia le disposizioni di cui all'articolo 1 della presente legge, fatto salvo quanto previsto dal comma 1 del presente articolo;

e) i riferimenti alle ASL contenuti nei Capi I e II del Titolo VI, nei Titoli VIII e IX e negli articoli 43, comma 2, 75, 79, 80, ad eccezione delle lettere o) e p) del comma 1, 82, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 97 della l.r. 33/2009 s'intendono come riferimenti alle ATS;

f) i riferimenti alle ASL contenuti negli articoli 69, comma 3, 70, comma 5, 71, comma 1, 72, commi 3 e 4, 80, comma 1, lettere o) e p), e 85, comma 1, della l.r. 33/2009 s'intendono come riferimenti alle ASST;

g) i riferimenti alle strutture sociosanitarie contenuti negli articoli 2, 5 e 15 della l.r. 33/2009, come modificati dall'articolo 1, comma 1, si intendono anche come riferimenti alle unità d'offerta non articolate in strutture;

h) alla l.r. 33/2009 sono apportate le seguenti modifiche:

1. al comma 1 dell'articolo 44 le parole: «I presidi di riferimento» sono sostituite dalle seguenti: «*Le strutture di riferimento*»;
2. al comma 3 dell'articolo 45 le parole: «le ASL» sono sostituite dalle seguenti: «*le ATS, le ASST,*»;
3. al comma 3 dell'articolo 47 le parole: «I presidi ospedalieri» sono sostituite dalle seguenti: «*Le strutture sanitarie*»;
4. al comma 6 dell'articolo 47 le parole: «Il presidio ospedaliero» sono sostituite dalle seguenti: «*La struttura sanitaria*»;
5. al comma 7 dell'articolo 47 le parole: «del presidio ospedaliero» sono sostituite dalle seguenti: «*della struttura sanitaria*»;
6. al comma 1 dell'articolo 49 le parole: «A livello distrettuale o infradistrettuale,» sono soppresse;
7. al comma 2 dell'articolo 49 le parole: «Le ASL» sono sostituite dalle seguenti: «*Le ATS e le ASST*»;
8. al comma 1 dell'articolo 50 le parole: «delle sedi ospedaliere» sono sostituite dalle seguenti: «*delle strutture sanitarie*»;
9. alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: «e le attività vaccinali» sono soppresse;
10. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 57 le parole: «individuale e» sono soppresse;
11. l'articolo 83 è abrogato;

i) alla Sezione II dell'Allegato A1 della l.r. n. 30/2006 sono apportate le seguenti modifiche:

1. la lettera b) è sostituita dalla seguente:

   «*b)Agenzie di tutela della salute (ATS).*»;
2. dopo la lettera c) sono inserite le seguenti:

   «*c bis)Aziende sociosanitarie territoriali (ASST);*

   c ter)Agenzia di controllo del sistema sociosanitario lombardo;

   c quater)Agenzia per la promozione del sistema sociosanitario lombardo»;

j) alla legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 (Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario) sono apportate le seguenti modifiche:

1. il titolo è sostituito dal seguente: «*Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale*»;
2. all'articolo 1, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
3. all'alinea del comma 1 dell'articolo 2, le parole «e sociosanitarie» sono soppresse;
4. alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse;
5. alla lettera c) del comma 2 dell'articolo 2, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
6. all'alinea del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
7. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «le aziende sanitarie locali (ASL), le aziende di servizi alla persona (ASP)» sono soppresse;
8. alle lettere c) e d) del comma 1 dell'articolo 3, le parole: «e sociosanitario» sono soppresse;
9. l'articolo 5 è abrogato;
10. all'alinea del comma 1 dell'articolo 6, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
11. il comma 3 dell'articolo 6 è abrogato;
12. all'alinea del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «, d'intesa con le ASL» sono soppresse;
13. alle lettere a) e b) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
14. alla lettera d) del comma 4 dell'articolo 6, le parole: «e dell'ASL» sono soppresse;
15. all'alinea dei commi 1 e 2 dell'articolo 7, le parole «e sociosanitarie» sono soppresse;
16. alla rubrica dell'articolo 8, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
17. il comma 1 dell'articolo 8 è abrogato;
18. il comma 2 dell'articolo 8 è sostituito dal seguente:

   «*2. L'accesso agevolato alle prestazioni sociali e il relativo livello di compartecipazione al costo delle medesime è stabilito dai Comuni nel rispetto della disciplina statale sull'indicatore della situazione economica equivalente e dei criteri ulteriori, che tengano conto del bisogno assistenziale, stabiliti con deliberazione della Giunta regionale.*»;
19. i commi 3 e 4 dell'articolo 8 sono abrogati;

20. al comma 7 dell'articolo 8, le parole: «e la quota a valenza sociale per le prestazioni sociosanitarie» sono soppresse;
21. il comma 11 dell'articolo 8 è abrogato;
22. la rubrica dell'articolo 10 è sostituita dalla seguente: *«Titoli sociali»;*
23. al comma 1 dell'articolo 10, le parole: «e sociosanitari» e le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
24. il comma 2 dell'articolo 10 è sostituito dal seguente:

    «2. I titoli sociali sono rilasciati dai comuni, singoli o associati, competenti per territorio.»;
25. al comma 3 dell'articolo 10, le parole: «e le modalità di gestione ed erogazione dei titoli sociosanitari» sono soppresse;
26. all'alinea del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» e le parole: «, delle aziende sanitarie» sono soppresse;
27. alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «programma, con il piano sociosanitario, la rete delle unità d'offerta sociosanitarie e» sono soppresse;
28. la lettera b) del comma 1 dell'articolo 11 è soppressa;
29. le lettere e), f), h), n), bb) e cc) del comma 1 dell'articolo 11 sono soppresse;
30. alla lettera k) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e, sentiti i soggetti di cui all'articolo 3 e la commissione consiliare competente, i costi standard delle unità di offerta sociosanitarie che erogano prestazioni a carico del fondo sanitario, nonchè» sono soppresse;
31. alla lettera l) del comma 1 dell'articolo 11, il numero «24» è soppresso;
32. alla lettera o) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
33. alla lettera p) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «dei registri delle unità d'offerta sociosanitarie accreditate e» sono soppresse;
34. alle lettere t) e v) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
35. alla lettera x) del comma 1 dell'articolo 11, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse;
36. all'alinea e alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
37. alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitario» sono soppresse;
38. alla lettera g) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
39. alla lettera h) del comma 1 dell'articolo 12, le parole: «sociosanitarie e» sono soppresse;
40. il comma 3 dell'articolo 13 è abrogato;
41. l'articolo 14 è abrogato;
42. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati;
43. al comma 1 dell'articolo 15, le parole: «e all'ASL» sono soppresse;
44. i commi 2 e 3 bis dell'articolo 15 sono abrogati;
45. al comma 3 dell'articolo 15, le parole: «l'ASL o» e le parole: «per quanto di competenza» sono soppresse;
46. il primo periodo del comma 3 quater dell'articolo 15 è sostituito dal seguente:

    «3 quater. Per l'applicazione delle sanzioni di cui al comma 3 ter sono competenti i comuni.»;
47. i commi 2 e 3 dell'articolo 16 sono abrogati;
48. al primo periodo del comma 5 dell'articolo 16, le parole: «tra l'ASL ovvero» e le parole: «sociosanitaria o» sono soppresse;
49. il secondo periodo del comma 5 dell'articolo 16 è soppresso;
50. l'articolo 17 è abrogato;
51. il comma 2 dell'articolo 18 è abrogato;
52. alla rubrica dell'articolo 19, le parole: «e sociosanitaria» sono soppresse;
53. ai commi 1 e 4 dell'articolo 19, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
54. al comma 2 dell'articolo 19, le parole: «Le ASL,» sono soppresse;
55. il comma 3 dell'articolo 19 è abrogato;
56. il comma 2 dell'articolo 20 è abrogato;
57. il secondo periodo del comma 3 dell'articolo 20 è soppresso;
58. alla rubrica dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
59. al comma 2 dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitari» sono soppresse;
60. al comma 3 dell'articolo 21, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
61. alla rubrica e al comma 1 dell'articolo 22, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
62. la lettera b) del comma 2 dell'articolo 22 è soppressa;
63. la lettera e) del comma 2 dell'articolo 23 è soppressa;
64. alla lettera f) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: «dalle ASL» sono soppresse;
65. alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 23, le parole: «e sociosanitari» e le parole: «le ASL» sono soppresse;
66. l'articolo 24 è abrogato;
67. al comma 1 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
68. all'alinea e alla lettera g) del comma 2 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
69. all'alinea del comma 4 dell'articolo 25, le parole: «e previo parere dell'ASL territorialmente competente» sono soppresse;
70. alla lettera b) del comma 4 dell'articolo 25, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
71. l'articolo 30 è abrogato;
72. al comma 1 bis dell'articolo 31, le parole: «e sociosanitarie» sono soppresse;
73. la lettera b) del comma 1 bis dell'articolo 31 è soppressa.

9. Fino alla data di cui al comma 8, le ASL e le AO già costituite alla data di entrata in vigore della presente legge continuano a svolgere tutte le funzioni di rispettiva competenza secondo le disposizioni vigenti alla stessa data.

10. Entro dodici mesi dalla definizione dei nuovi assetti organizzativi sono sottoscritti i nuovi contratti collettivi integrativi aziendali. Al personale delle ATS, delle ASST si applica il contratto collettivo integrativo aziendale dell'azienda di provenienza fino alla sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi integrativi aziendali che in ogni caso non devono determinare alcun onere aggiuntivo a carico del SSL.

11. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge e sino alla definizione dei nuovi assetti organizzativi non possono essere ricoperti i posti vacanti delle posizioni apicali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo; s'intendono pertanto revocate le autorizzazioni per la copertura dei suddetti posti, per i quali, alla data di entrata in vigore della presente legge, non sia stato dato avvio alle relative procedure.

12. I direttori generali delle ATS e delle ASST, nominati con le deliberazioni di cui al comma 4, sono individuati quali commissari liquidatori cui competono:

a) le funzioni di legali rappresentanti:
    1. delle gestioni liquidatorie delle soppresse USSL;
    2. delle gestioni liquidatorie delle aziende USSL istituite ai sensi della legge regionale 15 settembre 1993, n. 28 (Ridefinizione degli ambiti territoriali delle Unità sociosanitarie locali) e venute a cessare ai sensi della legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali);
    3. delle gestioni liquidatorie delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere istituite ai sensi della l.r. 31/1997 e venute a cessare ai sensi della presente legge;
b) l'adozione di ogni altro atto necessario alla liquidazione delle aziende.

13. Ai commissari liquidatori, quali legali rappresentanti delle gestioni liquidatorie di cui al comma 12 compete la legittimazione attiva e passiva, sostanziale e processuale per le controversie

riguardanti debiti e crediti delle soppresse USSL e aziende USSL, ASL e AO.

14. I debiti delle gestioni liquidatorie delle soppresse USSL, aziende USSL, ASL e AO nonché i relativi atti esecutivi gravano unicamente sulle dotazioni finanziarie delle gestioni liquidatorie.

15. È esclusa ogni legittimazione passiva, sostanziale e processuale della Regione per le controversie riguardanti debiti e crediti delle soppresse USSL, aziende USSL, ASL e AO.

16. Al fine di supportare il complesso processo di avvio e stabilizzazione del riordino di cui alla presente legge, la Giunta regionale individua, mediante avviso interno rivolto al personale di ruolo appartenente al ruolo dell'avvocatura regionale secondo le disposizioni di cui all'articolo 19 della l.r. 20/2008, un professionista dotato di particolari competenze in materia di diritto e legislazione sanitaria e lo assegna alla corrispondente funzione di consigliere giuridico per il periodo di tre anni, prorogabili per altri due. Al professionista incaricato compete il trattamento economico e previdenziale equivalente a quello previsto dall'articolo 29, comma 6, della l.r. 20/2008.

17. Entro il 31 ottobre 2015, il Consiglio regionale, previo svolgimento, presso la commissione consiliare competente, di apposite consultazioni finalizzate alla verifica degli impatti sul territorio delle aggregazioni previste dall'Allegato 1 di cui al comma 1, approva, su proposta della stessa commissione consiliare, eventuali modifiche del medesimo allegato.

18. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, il Presidente della Giunta regionale propone al Consiglio regionale il PSL quinquennale di cui all'articolo 4 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1 comma 1. In particolare il PSL dovrà contenere:

a) la rete dei poli ospedalieri e la rete socio sanitaria territoriale afferenti ad ogni ATS e ad ogni ASST, fondate sull'integrazione sociosanitaria tra assistenza ospedaliera, territoriale e domiciliare, con particolare attenzione alla protezione delle fragilità e della famiglia;

b) le reti di cui alla lettera a), che potranno essere realizzate con tempistiche differenziate, anche prevedendo sperimentazioni specifiche finalizzate alla corretta valutazione del rapporto costo/beneficio, dovranno salvaguardare il duplice principio di centralizzazione dei servizi d'eccellenza e superspecialistici e di devoluzione periferica territoriale e domiciliare delle prestazioni generalistiche ed a media e bassa intensità assistenziale;

c) la revisione dei DRG di cui all'articolo 27, comma 2, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

19. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale attiva, per l'anno accademico 2015/2016, quaranta borse di studio per specialità medico chirurgiche.

20. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva gli elenchi degli idonei al ruolo di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e direttore sociosanitario di cui rispettivamente agli articoli 12 e 13 della l.r. 33/2009 come sostituiti dall'articolo 1, comma 1.

21. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale adotta la regolamentazione dell'attività libero professionale di cui all'articolo 18, comma 7, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

22. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, attraverso l'attivazione di tutti i soggetti operanti sul territorio di propria competenza, provvede ad uniformare i sistemi informatici del SSL, al fine di consentire una corretta informazione al cittadino ed un'omogenea trasmissione ed elaborazione dei dati clinici e programmatici all'interno del SSL. La Giunta regionale, con la stessa tempistica, predispone l'aggiornamento della Carta Regionale dei Servizi con tutta la documentazione clinica pregressa della persona e l'erogazione delle prestazioni in regime di «dematerializzazione», ivi compresa la razionalizzazione delle prenotazioni e l'eventuale pagamento delle compartecipazioni attraverso la metodologia on-line, mantenendo la documentazione cartacea esclusivamente dietro esplicita richiesta del cittadino. Il database contenuto nella Carta Regionale dei Servizi sarà altresì utilizzato per la certificazione fiscale delle compartecipazioni e delle spese sostenute dal cittadino.

23. In fase di attuazione della presente legge la Regione realizza, con le organizzazioni sindacali maggiormente significative, periodici momenti di confronto sull'evoluzione del SSL, al fine di monitorare le ricadute sul personale, secondo quanto previsto dai contratti collettivi nazionali ed accordi regionali.

24. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge il Consiglio regionale approva, su proposta della Giunta regionale, il piano regionale della prevenzione di cui all'articolo 4 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1.

25. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale costituisce il GATTS di cui all'articolo 5, comma 8, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

26. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'osservatorio integrato del SSL di cui all'articolo 5, comma 14, della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

27. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale costituisce l'Osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 5 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1.

28. Entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale approva ed adotta il sistema di classificazione delle malattie croniche e delle relative modalità di retribuzione di cui all'articolo 9 della l.r. 33/2009 come sostituito dall'articolo 1, comma 1.

29. Entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale istituisce l'accademia di formazione per il sistema socio sanitario lombardo di cui all'art. 17 bis della l.r. 33/2009 aggiunto dall'articolo 1, comma 1.

Art. 3
(Norma finanziaria)

1. Agli oneri finanziari di natura corrente derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della Salute» programma 01 «Servizio sanitario regionale – finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA» – Titolo I «Spese correnti» e Titolo IV «Rimborso Prestiti» – ed al programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» - Titolo I «Spese correnti» del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 18.268.357.111,90 per l'anno 2015, in € 17.965.204.321,00 per l'anno 2016 ed in € 17.955.204.321,00 per il 2017.

2. Agli oneri finanziari in conto capitale derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate alla missione 13 «Tutela della Salute» programma 05 «Servizio sanitario regionale - investimenti sanitari» – Titolo II «Spese in conto capitale» del bilancio regionale 2015-2017, quantificate in € 160.526.021,00 per l'anno 2015, in € 10.410.160,00 per l'anno 2016 ed in € 6.071.061,00 per il 2017.

3. Agli oneri per incremento attività finanziarie derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse allocate al programma 07 «Ulteriori spese in materia sanitaria» – Titolo III «Spese per incremento attività finanziarie» del bilancio regionale 2015-2017 quantificate in € 110.000.000,00 per l'anno 2015.

4. Agli oneri derivanti dallo sviluppo di nuovi servizi e dal miglioramento quali-quantitativo dei livelli di offerta delle prestazioni si provvede nei limiti dei risparmi derivanti dall'applicazione delle misure di razionalizzazione di cui alla presente legge.

La presente legge regionale è pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione.
E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Lombardia.

Milano, 11 agosto 2015

Roberto Maroni

(Approvata con deliberazione del Consiglio regionale n. X/806 del 5 agosto 2015)

Allegato A

Interventi per il riordino della rete territoriale del Servizio Sanitario Regionale

in attuazione del Patto per la Salute 2014-2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.

Sommario

	Pag.
Introduzione	3
La spesa per l'assistenza sanitaria territoriale	4
Principi generali del riordino organizzativo	5
La riorganizzazione della rete dei servizi territoriali	**7**
1. Il modello organizzativo per il governo del territorio: il ruolo del Distretto	**7**
1.1.Situazione attuale, criticità e prospettive	8
1.2. Linee d'indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni del Distretto	8
1.3 Dimensioni del Distretto	10
1.4 Collocazione organizzativa del distretto nell'organigramma ASL	10
1.5 Il Direttore del Distretto	11
1.6 Il Coordinamento dei Distretti	11
1.7 Il sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali	12
1.8 Il ruolo dei Sindaci nella programmazione territoriale-distrettuale	13
1.9 Il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)	14
2. Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale	16
2.1 Quadro normativo nazionale e regionale	16
2.2 Le attuali forme associative dell'Assistenza primaria	17
2.3.Linee d'indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative delle cure primarie: UCCP-AFT	18
2.3.1 Aggregazioni funzionali territoriali MMG/PDLS (AFT)	19
2.3.2 Unità Complesse di Cure primarie (UCCP)	20
2.3.3 Collegamenti operativi fra le cure primarie e le altre reti aziendali	22
3. I servizi territoriali dell'ASL	24
3.1 I dipartimenti territoriali	24
3.2 I servizi territoriali aziendali	29
3.2.1. Area della continuità tra ospedale e territorio	30
4. Le competenze della rete territoriale rispetto ai Livelli di assistenza da garantire al cittadino	32
5. Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale	33
6. L'interazione tra il Servizio di Continuità Assistenziale e il sistema di Emergenza e Urgenza	35
6.1 Il modello regionale a cui tendere: la centralizzazione delle chiamate di C.A.	36
6.2 Fasi del percorso per la realizzazione del progetto "116117"	37
6.2.1 Modalità operative	37
6.2.2 Sala operativa "116117"	38
6.3 Sperimentazione regionale sul territorio torinese (AA.SS.LL. To 1 e To2)	38
6.4 Indirizzi per la riorganizzazione del Servizio di C.A.	39

Introduzione

Il Piemonte, dove risiede poco più del 7 % degli italiani, si evidenzia come una delle regioni più vecchie e dipendenti della media delle regioni italiane: nel 2011 gli anziani (> 65 anni) residenti erano 1.023.195; l'indice di invecchiamento, che rapporta gli ultrasessantacinquenni al totale della popolazione, faceva registrare, nel 2011, valori del 23,4 % (alla stessa data, in Italia, erano 12.301.537 i soggetti di età uguale o superiore a 65 anni, pari al 20,3 % del totale della popolazione).

Gli ultraottantenni, verso i quali si rivolgono prevalentemente le cure destinate alla fetta di popolazione non autosufficiente, rappresentavano invece, alla stessa data, il 7 % del totale della popolazione. Nel 2001 i residenti in Piemonte con più di 65 anni erano 897.432.
In Piemonte, nel 2011, risiedevano 181 anziani ogni 100 bambini di 0-14 anni, con un tasso di ricambio, quindi, ben più basso del "valore di equilibrio" di 100.

In prospettiva, se non si registrerà un incremento di fecondità o un flusso migratorio consistente, la popolazione tenderà a invecchiare (gli anziani diventeranno grandi anziani e gli adulti entreranno nella fascia anziana), con un ricambio insufficiente a compensare tale tendenza: la carenza di giovani, che rappresentano le forze di lavoro in grado di pagare i servizi socio sanitari di cui necessita la popolazione anziana, rappresenta uno dei problemi principali evidenziati dagli indicatori demografici illustrati.

Se il fattore invecchiamento riveste un ruolo centrale nella crescita delle risorse impiegate dal settore socio sanitario, il bisogno non cresce proporzionalmente all'invecchiamento, dal momento che si invecchia in condizioni di salute che tendono a diventare via via migliori. I dati delle Indagini Multiscopo Istat indicano come negli ultimi 10 anni la cronicità sia insorta, tra gli anziani, a un'età di 5 anni maggiore che in passato.

Se la popolazione invecchia in condizioni di salute migliori, è perché è cambiato, negli ultimi decenni, lo scenario epidemiologico caratterizzato da un aumento della prevalenza delle patologie croniche. Secondo le rilevazioni Istat (Istat, 2011) il 38,6 % dei residenti, in Italia, soffre di almeno una patologia cronica; di questi, il 20,1 % della popolazione dichiara di avere almeno due patologie croniche.

Le modifiche demografiche ed epidemiologiche illustrate richiedono un adeguamento delle risposte assistenziali: attualmente l'ospedale si fa carico di circa il 30 % della cronicità in regime di ricovero e cura, con un forte spreco di risorse economiche e umane.

La cura dei pazienti cronici richiede non tanto un aumento di risorse, quanto piuttosto un'inversione di tendenza culturale. A fronte di una medicina oggi sempre più specializzata, i pazienti cronici necessitano di risposte integrate e multidisciplinari, trasversali ai diversi ambiti di assistenza.

E se le strutture ospedaliere restano la sede più adatta per la diagnosi e la cura degli episodi acuti della malattia, le altre prestazioni sanitarie, quali visite mediche, visite ed esami specialistici, consumo di farmaci, trovano il luogo più appropriato di erogazione sul territorio, che comprende anche il domicilio dei pazienti.

L'assistenza socio sanitaria territoriale rappresenta uno dei tre macro-livelli di assistenza, o linee di attività, in cui si suddivide l'offerta di servizi del Servizio sanitario in Italia e in Piemonte, insieme alla prevenzione ed all'assistenza ospedaliera.

I percorsi di cura territoriali dei residenti si snodano attraverso una rete di servizi che comprende, in un continuum, un insieme articolato ed eterogeneo di interventi, riferibili alle seguenti tre macro-tipologie di servizi:

- Assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale)
- Assistenza specialistica territoriale
- Attività erogate dalle strutture distrettuali delle Asl (assistenza domiciliare e residenziale socio-sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale).

La spesa per l'assistenza sanitaria territoriale

Per quanto riguarda la spesa, le cure sul territorio in Piemonte rappresentavano, secondo una rilevazione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (Agenas 2009), il 52,4 % del totale della spesa sanitaria (misurata in 8 miliardi e 723 milioni di euro), con una crescita evidente rispetto agli stessi dati elaborati nel 2000, quando alle cure territoriali era destinato il 47,8 % della spesa (su una spesa complessiva di 5 miliardi e 719 milioni di euro). Lo spostamento, se si indaga all'interno delle diverse voci che compongono la spesa per l'assistenza territoriale, è trainato soprattutto dalla spesa per l'assistenza ambulatoriale, verso la quale si sono spostati negli anni episodi di cura precedentemente configurati come attività di ricovero (ad esempio molti piccoli interventi chirurgici che richiedevano un ricovero in passato oggi si effettuano in attività ambulatoriale).

L'analisi delle cure sul territorio erogate nelle ASL piemontesi parte dall'esame del primo livello di responsabilità del servizio sanitario nei confronti dei cittadini, rappresentato dai medici di famiglia: nel 2011 in Piemonte vi erano circa 3.300 medici di medicina generale (che prendono in cura gli adulti dai 14 anni in su) e 445 pediatri di libera scelta (che si prendono carico dei bambini fino a 13 anni). Su questo versante oggi la medicina generale tradizionale, ancora troppo spesso basata sul rapporto "singolo medico – singolo paziente", rischia di essere inadeguata di fronte alla complessità della presa in carico della cronicità.

La risposta all'aumento della domanda posta dai pazienti cronici richiede risposte proattive e integrate tra i professionisti e i servizi dell'ASL: la diffusione delle forme di associazionismo della medicina generale rappresenta il miglior veicolo per lo sviluppo dell'integrazione e della medicina

di iniziativa nell'ambito dell'Assistenza primaria. Le Asl piemontesi fanno rilevare una buona diffusione delle forme di associazionismo: il 30 % dei medici di medicina generale piemontesi lavorava in modalità di gruppo nel 2011, un restante 30 % in rete.

Tali forme di associazionismo rappresentano però, di fatto, modalità di aggregazione monoprofessionali, nelle quali più professionisti mettono insieme risorse e modalità di lavoro.

I Centri di Assistenza Primaria (CAP), strutture polifunzionali e multiprofessionali, che raggruppano e coordinano le professionalità e i servizi dell'Assistenza primaria e dei Distretti, rappresentano le strutture previste dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-15 del Piemonte per avviare la medicina di iniziativa e aggregare le professionalità dei Distretti.

Le risposte assistenziali socio-sanitarie erogate sul territorio dei Distretti delle ASL piemontesi sono rappresentate dalle cure domiciliari e dall'assistenza residenziale e semiresidenziale a favore di anziani, disabili, minori.

Le cure domiciliari prevedono differenti setting assistenziali, suddivisi, nella normativa regionale del Piemonte, tra cure domiciliari a prevalente contenuto sanitario (Assistenza Domiciliare Integrata e Cure Palliative) e cure domiciliari in lungoassistenza per pazienti cronici (Lungoassistenza e Interventi Economici a sostegno della domiciliarità). Un confronto tra il Piemonte e il gruppo di regioni medio grandi del centro nord circa la copertura dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata fa rilevare un basso tasso di interventi, più basso di tutte le altre Regioni medio grandi del Centro nord e del valore medio nazionale.

In sintesi l'andamento della spesa sanitaria territoriale nel decennio successivo al 2000 è il seguente:

a) l'assistenza primaria (medicina generale, pediatria di libera scelta e medici di continuità assistenziale) nel 2000 rappresentava il 5,9 % della spesa complessiva; nel 2009 tale percentuale era leggermente scesa, a 5,3 % del totale della spesa sanitaria;
b) l'assistenza specialistica territoriale è la voce di spesa cresciuta nel primo decennio degli anni 2000, al ritmo più elevato: nel 2000 rappresentava il 12,9 % del totale della spesa del servizio sanitario, nel 2009 il 17,8%;
c) l'incidenza delle attività erogate nelle strutture distrettuali delle ASL è leggermente scesa (assistenza domiciliare e residenziale socio sanitaria ad anziani non autosufficienti, disabili, minori, salute mentale): dal 17,6 al 16,6 %.

A queste spese si aggiungono le prescrizioni farmaceutiche territoriali, la cui incidenza sul totale è cresciuta dall'11,4 % del 2000 al 12,7 % del 2009.

Principi generali del riordino organizzativo

In tutti i paesi a maggiore sviluppo sta maturando sempre di più l'esigenza di fornire nuove e migliori risposte alle esigenze dei pazienti con patologie croniche e/o affetti da pluripatologie.

Tale percorso condiziona fortemente le politiche economiche e i processi di riorganizzazione programmatoria della sanità. La risposta ottimale ai bisogni del paziente cronico pluripatologico

dovrà necessariamente essere erogata nel contesto ove vengono massimizzate le risorse familiari e promosse le migliori azioni di compliance per il soggetto fragile: il domicilio.

In quest'ottica la Regione Piemonte, in coerenza con le indicazioni nazionali (L. n. 189/2012, Patto per la Salute), intende riorganizzare il proprio modello di governance del territorio al fine di realizzare un approccio più adeguato ai bisogni del cittadino, fornendo al paziente fragile anche un servizio di civiltà nel proprio ambiente sociale senza costringerlo a percorsi molto gravosi per lui, per i suoi cari e per la comunità.

Tale percorso di riorganizzazione persegue pertanto i seguenti obiettivi:
- migliorare l'organizzazione del sistema di assistenza, fondandola su principi quali:
  - la centralità del paziente e della persona,
  - la prossimità dei percorsi per le cronicità,
  - la tempestività di intervento ed efficienza,
  - il coordinamento degli interventi, specie per quanto attiene ai processi di integrazione socio-sanitaria,
  - l'elaborazione di percorsi basati su evidenze scientifiche,
  - la semplificazione e la trasparenza organizzativa,
- garantire l'informazione e la partecipazione del paziente e delle famiglie al processo di cura,
- migliorare le modalità di integrazione con i servizi sociali comunali e del terzo settore.

Occorre in sostanza perseguire la strutturazione di reti territoriali, connesse con le reti ospedaliere, in modo tale da garantire:
- da un lato la corretta presa in carico del cittadino in tutte le fasi e passaggi del suo percorso di salute;
- dall'altra la continuità delle cure in un sistema integrato dove i livelli di intensità degli interventi possano essere modulati dall'ospedale al territorio e viceversa.

Ciò rappresenta un obiettivo di cultura sanitaria e di "civiltà assistenziale" nella misura in cui evita inutili e dispendiosi passaggi del paziente tra i vari soggetti erogatori del S.S.N., restituendogli una sensazione di attenzione e di presenza da parte della sanità pubblica.

Il percorso finalizzato al riordino della rete territoriale trae i suoi riferimenti, dal punto di vista normativo regionale:
- dai Programmi Operativi Regionali 2013-2015 di cui alla D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013, Programma 14 "Riequilibrio Ospedale-Territorio";
- dalla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i. avente ad oggetto "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee d'indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale"(Appendice), dove sono definite le linee d'indirizzo per la realizzazione di una modello di assistenza sanitaria integrata e coordinata finalizzato a fornire risposte appropriate alle maggiori criticità attuali, che "*sembrano risiedere nella gestione territoriale della cronicità, nella prevenzione della riacutizzazioni, nonché nel monitoraggio della fragilità sia sociale che sanitaria"*.

Il principale spunto che emerge da tali linee d'indirizzo è l'orientamento verso logiche organizzative prioritariamente fondate sulla sinergia tra le reti sanitarie e socio-sanitarie sui versanti:
- della programmazione dei fabbisogni e delle adeguate risposte da erogare,
- dell'interazione gestionale in funzione della continuità assistenziale ospedale-territorio e viceversa,
- del dialogo informatizzato tra i sistemi, in armonia e coerenza con le vigenti normative in materia.

Tutto ciò avviene attraverso la programmazione ed erogazione dei percorsi di prevenzione e di intervento sanitario e socio-sanitario, a partire dal livello più prossimo al cittadino e alla comunità locale: ovvero la medicina di territorio, articolata nelle nuove forme organizzative monoprofessionali e multiprofessionali dell'Assistenza primaria previste dalla normativa vigente, le quali operano mediante l'utilizzo di protocolli e strumenti condivisi a livello regionale, validati e verificati attraverso le linee organizzative e sotto la responsabilità del Distretto.

La cronicità rappresenta per il sistema sanitario una sfida ove ad oggi è impossibile giungere a una vittoria definitiva, ma dove si può concretamente agire dando "qualità agli anni": ovvero ritardando l'insorgenza dei sintomi e controllandone l'evoluzione al fine di ritardare la medicalizzazione del paziente e conseguentemente ottenere anche un processo virtuoso di ottimizzazione delle risorse

La riorganizzazione della rete dei servizi territoriali

Il modello di riordino della rete dei servizi territoriali delineato nel presente provvedimento si fonda sui seguenti principi ispiratori:

- è orientato a perseguire un riequilibrio funzionale del sistema sanitario fondato sull'integrazione multidiscplinare e multiprofessionale, partendo dai bisogni di salute della popolazione;

- intende realizzare e garantire la continuità assistenziale nella presa in carico e nei percorsi di cura fra territorio ed ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera;

- mira a garantire la partecipazione, nell'adozione delle scelte strategiche inerenti le politiche sanitarie e socio-sanitarie territoriali, sia dei cittadini e della comunità locale, sia degli operatori che operano nel sistema.

Le direttrici del modello organizzativo della rete territoriale, di seguito sviluppate, sono le seguenti:

- la rete dei Distretti sanitari e dell'Assistenza primaria nell'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale
- la rete degli altri servizi territoriali delle ASL (dipartimenti territoriali e transmurali)
- l'integrazione con i servizi socio-assistenziali
- la continuità assistenziale, specie nelle funzioni di collegamento tra i macrolivelli assistenziali, con particolare riferimento al processo di ricovero e di dimissione.

1. Il modello organizzativo per il governo del territorio: il ruolo del Distretto.

La ridefinizione del modello organizzativo territoriale parte dal rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto, considerato che la rete territoriale, in base alla normativa definita nel P.S.S.R., punto 3.3.2 e in coerenza con le disposizioni previste dal D.Lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i., artt. 3-quater e segg., è innanzitutto costituita dai Distretti.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, organizzativa dell'A.S.L., svolge una funzione essenziale nella governance del sistema territoriale; quale garante della presa in carico e continuità nei percorsi di salute della popolazione, assicura l'espletamento delle funzioni e delle relative attività territoriali indicate dall'art. 3-quinquies del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., orientandole secondo gli obiettivi definiti nel P.S.S.R.

La suddetta normativa affida pertanto al Distretto, oltre ad una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi, anche un funzione di garanzia e di "accompagnamento" nell'accesso dei servizi. Nell'ambito di tale funzione, il distretto ha il compito di valutare i bisogni di salute della popolazione di riferimento e di pianificarne le modalità di soddisfazione, anche attraverso un forte coinvolgimento degli Enti locali e del terzo settore.

1.1. Situazione attuale, criticità e prospettive

L'articolazione distrettuale oggi esistente nelle tredici ASL del territorio regionale vede la presenza di 52 distretti (Tabella A), il 90% dei quali configurato come struttura complessa aziendale e per la restante quota come struttura semplice.

Nella situazione attuale il Distretto si configura tuttavia, in gran parte delle realtà aziendali, più come una struttura di gestione di alcuni servizi territoriali e socio-sanitari che come un effettivo centro di responsabilità per la tutela della salute dei cittadini ed il governo dei relativi percorsi assistenziali.

Il P.S.S.R. 2012-2015, al punto 3.3.2 "La rete Territoriale" stabilisce che il rafforzamento del ruolo del Distretto nel senso descritto nel capitolo successivo presuppone *"la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono la funzione di governance, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria di servizi, interventi, prestazioni e per garantire le necessarie efficienze organizzative*".

Gli indirizzi contenuti nel presente provvedimento sono finalizzati a realizzare un effettivo rilancio del ruolo e delle funzioni del Distretto quale:

- braccio organizzativo e operativo dell'ASL per il governo del territorio e per la garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute;
- "garante" istituzionale e facilitatore della rete dei rapporti tra assistenza primaria, ospedale e servizi socio-sanitari territoriali;
- presa in carico e interfaccia per l'attivazione/organizzazione di tutti gli interventi correlati all'appropriatezza del percorso assistenziale, dal domicilio agli ambulatori, ai presidi sanitari, con particolare riferimento alla fase post dimissioni ospedaliere.

1.2. Linee d'indirizzo per la riorganizzazione delle funzioni del Distretto

Il Distretto è l'articolazione dell'A.S.L. deputata a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Come tale il Distretto rappresenta:

- l'ambito organizzativo territoriale dell'assistenza primaria e delle relative forme associative;
- il livello organizzativo dell'A.S.L. per il governo, la programmazione, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali, anche in continuità con quelli ospedalieri:
  - sia per le aree produttive a gestione diretta da parte del Distretto,

- sia per le aree rispetto alle quali il Distretto esercita un ruolo di committenza, coordinamento funzionale e di condivisione dei volumi di attività da erogare a garanzia dei percorsi assistenziali integrati, nonché di contrattazione del budget assegnato alla struttura erogatrice;

- la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e la comunità locale.

In considerazione del ruolo attribuito e in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale, il Distretto svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente attraverso:

- l'analisi dei bisogni di salute rilevati sul territorio;

- la programmazione (come descritta al successivo punto 1.9);

- i rapporti istituzionali, rispetto ai quali il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci/Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Volontariato e privato sociale, ecc.;

- l'organizzazione, ovvero coordinamento della propria attività con gli altri Distretti, con i presidi ospedalieri e con le altre articolazioni organizzative aziendali;

- la negoziazione, finalizzata ad assicurare i livelli di attività (prestazioni o percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e relativo budget) ritenuti necessari e appropriati per assolvere ai reali bisogni di salute della popolazione, come evidenziati nell'analisi e previsti nell'ambito della programmazione territoriale, in coerenza con gli obiettivi strategici e il budget assegnato a livello aziendale.
  La negoziazione si configura come:
  - interna, con tutte le strutture produttive aziendali;
  - esterna, rispetto alla quale il direttore del Distretto coadiuva la direzione aziendale nei rapporti con i fornitori di servizi sanitari e socio-sanitari esterni all'ASL e operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.R.
    Il processo di negoziazione comporta l'assegnazione alle suddette strutture/fornitori di obiettivi stabiliti in linea con le strategie aziendali e regionali riguardanti:
    - la produzione delle attività (tipologia, volumi e qualità di prestazioni);
    - l'equità e omogeneità nell'erogazione del servizio nell'ambito territoriale di competenza;
    - l'efficienza organizzativa del servizio;

- il monitoraggio della produzione, così articolato:

  - monitoraggio continuo del processo di erogazione delle attività e controllo dei processi organizzativi finalizzato a garantire la trasversalità e l'interrelazione nella rete dei servizi;
  - monitoraggio e valutazione qualitativa dell'attività e dei relativi costi indotti dai MMG/PDLS, con particolare riferimento al controllo dell'appropriatezza prescrittiva, nonché all'interazione con il macrolivello ospedaliero in relazione ai ricoveri ed ai percorsi post dimisissione dei propri assistiti;
  - verifica della corretta gestione del personale assegnato;
  - gestione e verifica dei flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali riguardanti i dati di attività e l'impiego delle risorse aziendali;
  - raccordo con il controllo di gestione, al fine di:

- mantenere un monitoraggio costante degli assetti erogativi in relazione alle risorse assegnate;
- agevolare la produzione di un sistema di reporting delle attività territoriali che supporti l'attività gestionale delle strutture afferenti alla rete territoriale.

1.3. Dimensioni del Distretto

In base all'art. 19 della L.R. n. 18/2007 e s.m.i. i distretti comprendono una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti; la definizione degli ambiti territoriali distrettuali spetta al Direttore Generale dell'A.S.L., nell'ambito dell'atto aziendale, sulla base dei criteri e delle finalità indicate dalla legge stessa e dal presente provvedimento e d'intesa con la Conferenza dei Sindaci.

La D.G.R. n. 1-600/2014 e s.m.i., Allegato A, punto 4, ha previsto un dimensionamento del Distretto compreso fra 80.000 e 150.000 abitanti: il superamento di tale limite non può comunque eccedere la popolazione di riferimento dell'Ospedale HUB.
Quindi il numero dei Distretti attivabili nel presente modello di riordino della rete territoriale è in decremento rispetto alla situazione attuale e la loro articolazione per A.S.L. è individuata nell'ambito dei range minimi e massimi riportati nella Tabella A.

Per le aree montane come disciplinate dalla L.R. n. 11 del 28.9.2012 e s.m.i. e dalla L.R. n. 3 del 14.3 2014 e s.m.i., e/o per le aree a scarsa densità abitativa con bacini d'utenza inferiori al suddetto limite, l'ambito distrettuale si configura quale articolazione organizzativa ed operativa (struttura semplice) di altro Distretto territorialmente contiguo.

Al fine di assicurare l'ottimale svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, l'ambito territoriale del Distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con i/il Soggetti/o gestori/e dei servizi socio-assistenziali, per la razionalizzazione organizzativa ed il contenimento della spesa**.** Tale ambito deve pertanto essere coincidente con l'ambito territoriale di uno o più Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e, nel caso della Città di Torino, con quelli di più Circoscrizioni.

Pertanto ove gli ambiti territoriali dei soggetti gestori delle funzioni socio-assistenziali siano diversamente articolati, questi dovranno comunque afferire ad un solo distretto.

1.4. Collocazione organizzativa del distretto nell'organigramma ASL

I Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 80.000 abitanti sono configurati come struttura complessa; in presenza di bacino d'utenza inferiore, trattandosi di zone montane e/o a scarsa densità abitativa, sono configurati come struttura semplice afferente ad altro Distretto individuato come struttura complessa.

L'A.S.L. individua, nell'Atto aziendale, l'articolazione e l'organizzazione distrettuale più consona alle esigenze ed alle caratteristiche del proprio territorio, procedendo contestualmente al riordino e alla razionalizzazione delle strutture oggi operanti in ambito territoriale o a supporto delle relative attività:

a. riconducendo al Distretto tutte le funzioni allo stesso attribuite dall'art. 3-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., ivi comprese le relative attività organizzative, di governo e monitoraggio della spesa, dovendo garantire la funzionalità descritta al punto 1.2;

b. garantendo il necessario supporto tecnico-amministrativo per lo svolgimento delle attività distrettuali ed interdistrettuali, anche con riferimento alle attività del tavolo di coordinamento di cui al successivo punto 1.6, senza creazione di ulteriori nuove strutture.

Le funzioni di cui al punto a. possono essere articolate e organizzate nell'ambito di apposite strutture semplici, più snelle e funzionali dal punto di vista operativo ed afferenti alla S.C. Distretto.

Tale intervento di razionalizzazione, da porre in essere nell'ambito dell'atto aziendale e del relativo piano di organizzazione sulla base delle nuove linee guida regionali, è preordinato a garantire maggiore certezza nell'individuazione dei centri di responsabilità, evitando sovrapposizioni di competenze e confusione organizzativa dovuta all'eccessiva proliferazione e parcellizzazione di strutture, con inevitabile aggravio in termini di oneri gestionali ed economici a carico del bilancio aziendale.

1.5. Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto, nominato in base all'art. 3-sexies, comma 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., svolge prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto;
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture territoriali per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale. Trattasi delle strutture competenti nelle diverse aree di attività rispetto alle quali il Distretto si configura quale committente, nell'esercizio della funzione di analisi/valutazione del fabbisogno del proprio territorio, programmazione e controllo.

Limitatamente alle suddette funzioni di integrazione, facenti capo istituzionalmente alla figura del Direttore del Distretto (rif. D.Lgs 502/1992, art. 3-sexies), si determina un rapporto di sovra-ordinazione funzionale del medesimo nei confronti dei responsabili delle strutture territoriali analogamente alla figura del Direttore medico di Presidio ospedaliero.

Il Direttore del Distretto si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), come previsto e disciplinato dall'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., a cui partecipano di diritto anche i dirigenti responsabili degli eventuali sub-distretti configurati come struttura semplice, come citati al punto 1.3.

La Direzione Regionale Sanita' fornirà indirizzi e strumenti alle ASL per assicurare omogeneità nei criteri di scelta dei Direttori di Distretto e per garantire adeguata valorizzazione dell'esperienza manageriale specifica nella valutazione dei candidati. Analogo supporto regionale sarà assicurato per l'aggiornamento e la formazione continua di questi Dirigenti.

1.6. Il Coordinamento dei distretti

Nelle ASL in cui il numero di Distretti è superiore a uno il coordinamento dei Distretti viene garantito dalla Direzione aziendale mediante l'istituzione di un tavolo di coordinamento funzionale composto dai Direttori dei Distretti stessi.

Il tavolo, facente capo alla Direzione Aziendale, è finalizzato a garantire omogeneità ed equità di procedure, criteri gestionali/valutativi e percorsi nello svolgimento delle funzioni territoriali e

distrettuali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree territoriali.

E' facoltà della Direzione Aziendale delegare la funzione di coordinamento del tavolo al Direttore Sanitario.

Tale funzione costituisce il riferimento univoco:

a. per la Direzione Aziendale, per gli ambiti di attività territoriali;
b. per il raccordo con i produttori di servizi pubblici (AO/AOU, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti, strutture complesse e semplici aziendali) e privati accreditati, ai fini della negoziazione/programmazione congiunta in relazione al fabbisogno del territorio, nonché agli obiettivi e al budget assegnati dall'A.S.L. nell'ambito del Piano delle attività territoriali-distrettuali (vedi punto 1.9);
c. per il raccordo con l'area socio-assistenziale ai fini della programmazione e gestione congiunta delle attività afferenti all'area socio-sanitaria.

Ferme restando le funzioni esercitate a livello aziendale dal Collegio di Direzione, come disciplinato dall'art. 17 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., al fine di garantire l'ottimale ed efficace esercizio delle funzioni distrettuali di cui al precedente punto 1.2, il tavolo di coordinamento funzionale rappresenta la sede per il sistematico raccordo fra i Distretti ed i Responsabile delle aree sopra indicate ai punti b e c (es. Direttori di Dipartimento, Direttori dei Servizi socio-assistenziali).

La funzione di coordinamento prevede inoltre:

- l'adozione di strategie comuni al fine di garantire l'equità nell'erogazione delle prestazioni fornite dai vari produttori, pubblici e privati accreditati come sopra descritti, pur mantenendo le specificità distrettuali;
- la garanzia dell'uniforme applicazione della azioni organizzative e amministrative territoriali;
- il coordinamento a livello interdistrettuale dei Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC) di cui alla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, delle Commissioni UVMD e delle altre Commissioni/organismi operanti nel Distretto;
- la ripartizione concordata di funzioni o ambiti di intervento, per aumentare l'efficienza complessiva, condividendo informazioni e decisioni;
- il monitoraggio dei risultati attesi, in funzione degli obiettivi assegnati, nel rispetto delle specificità di ciascun Distretto e garantendo la coerenza con gli obiettivi generali aziendali;
- la referenza nei tavoli tecnici regionali relativi alle funzioni espletate nell'ambito distrettuale.

Ai fini dell'attuazione e del monitoraggio del presente modello di riordino distrettuale viene istituito, con apposito provvedimento regionale, il Tavolo Regionale di Coordinamento dei Distretti.

1.7 Il Sistema informativo aziendale a supporto delle funzioni distrettuali.

Il supporto informativo necessario per l'ottimale funzionalità del Distretto può essere distinto in due tipologie:
- flussi informativi sulle attività svolte;
- procedure operative a supporto dell'attività distrettuale.

Il primo tipo è composto da informazioni differite relative all'attività ordinaria, consolidate mensilmente, mentre il secondo tipo attiene alle procedure che ne gestiscono in tempo reale l'attività.

La nuova organizzazione del Distretto presuppone l'esistenza delle seguenti condizioni:

1) che la struttura distrettuale abbia un accesso mirato al S.I. attraverso cruscotti specifici relativi ai propri residenti, contenenti gli indicatori e le misure definite nel Programma delle attività territoriali-distrettuali di cui al punto 1.9, relativamente alle attività di competenza del Distretto, come specificate nell'allegata Tabella C;

2) che la struttura distrettuale possa procedere ad un dialogo informatizzato con le altre strutture del SSR per una gestione attiva in tempo reale, con particolare riferimento:

a. agli assistiti segnalati dall'ospedale, per i quali si rende necessaria l'attivazione di percorsi che prevedono cure domiciliari, inserimenti in strutture residenziali/semiresidenziali socio-sanitarie oppure dei follow up ambulatoriali nel sistema della cure primarie;
b. alla gestione dei PDTA per pazienti cronici, che prevede contatti periodici in cui il sistema sanitario territoriale (infermiere del distretto o della rete AFT/UCCP) contatta l'assistito per l'esecuzione delle previste prestazioni diagnostiche/terapeutiche, come calendarizzate nel rispettivo Piano individuale definito con il MMG;
c. alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione del sistema sanitario pubblico e privato accreditato per ottimizzarne l'uso a risposta dei fabbisogni.

Così come i flussi informativi sono definiti e organizzati centralmente per esigenze di omogeneità di lettura e condivisione delle informazioni, è necessario quindi pianificare un processo di informatizzazione delle procedure operative, a regole comuni, che permetta lo stesso approccio uniforme per tutti i Distretti, a garanzia dei percorsi regionali e nel rispetto delle regole amministrative e operative che saranno definite.

1.8 Il ruolo dei Sindaci nella programmazione territoriale-distrettuale

Richiamando la piena applicazione di quanto previsto dall'art. 7 della L.R. n. 18 del 6.8.2007 riguardo al ruolo della Conferenza dei Sindaci di ASL e della Conferenza dei Presidenti di Circoscrizione per la Città di Torino, l'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento per il governo della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali, presuppone un costante confronto con le autonomie locali al fine di raggiungere la massima condivisione sugli obiettivi, sulle strategie perseguite e sulla valutazione dei risultati raggiunti.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e dall'art. 8 della L.R. n. 18 del 6.8.2007 e s.m.i.è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e s.m.i. stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere obbligatorio sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;

- l'espressione del parere obbligatorio, limitatamente alle attività socio-sanitarie, sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- la diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

In base all'art. 14 della L.R. n. 18/2007 compete inoltre al Comitato dei Sindaci la predisposizione ed approvazione dei Profili e Piani di salute (PEPS) relativi alla rete dei servizi socio-sanitari, secondo le modalità indicate nella legge stessa.

Per favorire la piena esplicazione delle funzioni di partecipazione alla programmazione da parte del Comitato dei Sindaci di Distretto le ASL territorialmente competenti forniranno la necessaria assistenza alle iniziative del Comitato rendendo, in particolare, disponibili le informazioni sullo stato di salute e sui bisogni sanitari della popolazione del Distretto.

Nei Distretti delle AA.SS.LL. esistenti sul territorio del Comune di Torino, le funzioni del Comitato dei Sindaci sono svolte dal Comitato dei Presidenti di Circoscrizione, ai sensi del citato art. 3-quater, comma 4 del D.Lgs. n.502/1992 e s.m.i. e dell'art. 8, comma 2 della L.R. n. 18/2007 e s.m.i., composto dai Presidenti delle Circoscrizioni comunali facenti capo all'ambito territoriale del Distretto.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico.

1.9 Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT)

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il Distretto definisce il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale Programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio-sanitaria locale previsti dalla L.R. n. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore ad un triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.

Il PAT, definito sulla base di uno schema-tipo, da approvarsi con determinazione regionale entro 90 gg. dall'entrata in vigore del presente provvedimento, individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

In fase di prima attuazione del presente provvedimento il PAT dovrà essere adottato entro il 31.12.2015 e rogiarderà l'attività dell'anno 2016. Contestualmente all'adozione del bilancio aziendale, il PAT verrà aggiornato ed integrato la con la programmazione triennale.

Costituiscono obiettivi strategici del Distretto che necessitano di programmazione e di un costante monitoraggio nell'ambito del PAT:

- rendere esplicita la definizione della rete di offerta dei servizi sanitari e socio sanitari per pazienti fragili, cronici e disabili;
- adottare un modello di presa in carico al fine di aumentare l'appropriatezza del contesto di cura;
- sviluppare percorsi strutturati per pazienti fragili e disabili volti a superare le disuguaglianze di accesso.

Il PAT comprende, in appositi capitoli, anche la pianificazione delle attività dei Dipartimenti e dei Servizi Territoriali, con particolare riferimento a quelle svolte a livello distrettuale. A tal fine il PAT sarà orientato ad armonizzare eventuali indirizzi e priorità specifiche di un'area distrettuale con gli obiettivi fissati della pianificazione nazionale, regionale e aziendale della materia.

Il PAT individua inoltre, sulla base di indicatori misurabili definiti a livello regionale in allegato al suddetto schema tipo, le modalità di verifica e valutazione degli effettivi risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

Il PAT rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali gestiti dai Comuni singoli o associati, al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

E' proposto dal Direttore del Distretto, sulla base delle risorse assegnate, previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) di cui all'art. 3-sexies, comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.

La proposta di Programma, corredata del parere del Comitato dei Sindaci di Distretto/Comitato dei Presidenti di Circoscrizione di riferimento territoriale, è trasmessa al Direttore Generale per i successivi adempimenti.

2. Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria sul territorio regionale.

Nell'ambito degli interventi di riordino dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria territoriale, la normativa nazionale e regionale sottolinea l'esigenza di procedere ad incisivi interventi di riorganizzazione del sistema delle cure primarie con l'obiettivo di promuovere una medicina di territorio:

- sempre più accessibile, facilmente fruibile e visibile, considerata la funzione centrale delle cure primarie quale primo livello clinico di contatto dei cittadini con il sistema sanitario regionale;
- che rivesta, agli occhi dei cittadini, la stessa autorevolezza dell'ospedale attraverso reti capillarmente diffuse sul territorio;
- fondata sulla sistematica interazione tra i medici di famiglia, i servizi specialistici, l'area infermieristica e l'area socio-sanitaria, quale modello di riferimento per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza a favore delle malattie croniche.

L'obiettivo perseguito è, in sostanza, quello di "rimodellare" l'organizzazione territoriale dell'Assistenza primaria favorendo forme associative sempre più integrate e multi-professionali, onde realizzare la presa in carico globale del paziente, spostandone l'asse assistenziale sul territorio e lasciando al polo ospedaliero la gestione delle acuzie e delle complessità.

Il disegno strategico di riordino dell'Assistenza primaria mira altresì a promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla sanità di "attesa", improntata sulla gestione della malattia quando questa si presenta a quella di "iniziativa", improntata sulla gestione della malattia in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, attraverso la valorizzazione:

- dei percorsi diagnostico-terapeutici per le patologie croniche invalidanti,
- delle iniziative di promozione ed educazione alla salute.

2.1.Quadro normativo nazionale e regionale

Il riordino delle forme organizzative dell'Assistenza primaria trae i propri indirizzi dalle seguenti norme:

- Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale 29.7.2009, artt. 26 bis e 26 ter, che introduce la disciplina delle nuove forme organizzative:
  - aggregazioni funzionali territoriali (AFT), finalizzate all'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG/PDLS per il conseguimento degli obiettivi di assistenza;
  - unità complesse di cure primarie (UCCP), finalizzate ad assicurare l'accesso ai servizi di assistenza sanitaria e di diagnostica di base, realizzando nel territorio la continuità dell'assistenza, 24 ore su 24 per

tutti i giorni della settimana e garantendo un'effettiva presa in carico dell'utente a partire, in particolare dai pazienti cronici, anche alfine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero.

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali 29.7.2009, art. 30 bis.

- L. n.189 dell'8.11.2012, art. 1 che, nell'individuare gli interventi finalizzati al riordino dell'assistenza sanitaria territoriale in forma integrata con il sociale e con i servizi ospedalieri, disciplina l'istituzione delle forme organizzative monoprofessionali (AFT) e multiprofessionali (UCCP) delle cure primarie.

- "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" di cui all'Accordo Stato-Regioni del 7.2.2013 che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata.

- Patto della Salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10.7.2014, art. 5 – assistenza territoriale – che prevede incisivi interventi di riorganizzazione, sia della rete e del ruolo strategico dei distretti sanitari, sia del sistema delle cure primarie, con l'istituzione delle UCCP e delle AFT e il loro orientamento verso la medicina d'iniziativa, per contribuire ad ottimizzare la risposta nell'assistenza territoriale per i soggetti affetti da patologia cronica che hanno scarsa necessità di accessi ospedalieri ma che richiedono interventi di tipo ambulatoriale o domiciliare nell'ambito di PDTA predefiniti e condivisi.

- Decreto n. 70/2015, Regolamento sugli standard dell'assistenza ospedaliera di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5.8.2014, che prevede che le Regioni riorganizzino la rete ospedaliera in base al modello hub & spoke e che contestualmente procedano al riassetto dell'assistenza primaria e all'organizzazione in rete delle strutture territoriali, quale intervento fondamentale per garantire una risposta continuativa sul territorio e un utilizzo appropriato dell'ospedale.

- Piattaforma SISAC per il rinnovo dell'ACN MMG/PDLS/SAI limitatamente alla parte normativa, presentata ad aprile 2014, laddove si prevede, il *"superamento di tutte le forme organizzative esistenti nel sistema delle cure primarie e la loro sostituzione con le A.F.T. e U.C.C.P.*", nonché "*il riutilizzo, secondo modalità definite dalle Regioni, delle indennità e degli incentivi oggi erogati per lo sviluppo strutturale ed organizzativo* (es.associazionismo, indennità informatica, incentivi per il personale)*, allo scopo di finanziare i fattori produttivi delle A.F.T. e delle U.C.C.P., in un quadro di invarianza delle risorse economiche attualmente investite sui medici convenzionati*".

A livello regionale, il riordino dell'Assistenza primaria è delineato nell'ambito delle seguenti fonti normative:

- D.G.R. n. 26-3627 del 28.3.2012, con la quale sono state definite le linee d'indirizzo per la sperimentazione regionale dei Centri di Assistenza Primaria (CAP).

- D.G.R. n. 25 del 30.12.2013, Adozione del Programma Operativo 2013-2015 collegato al Piano regionale di rientro, che nell'ambito del Programma 14-Riequilibrio Ospedale-Territorio, Intervento 14.3-Assistenza Primaria prevede le seguenti azioni:
  - Unità di cure primarie e studi multiprofessionali: individuazione o rimodulazione delle forme di associazionismo nell'ambito degli Accordi con MMG/PDLS;
  - sviluppo della sperimentazione dei CAP e loro evoluzione verso le nuove forme organizzative della medicina di territorio.

- D.G.R. n. 1-600/2014, come integrata dalla D.G.R. n.1-924/2015, in premessa richiamate, che nell'Allegato A, punto 4 individua le "Linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale" nell'ambito delle quali è previsto che l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria deve fondarsi sulla rete AFT e UCCP.

2.2.Le attuali forme associative dell'Assistenza primaria.

L'attuale articolazione dell'Assistenza primaria e delle relative forme associative sul territorio regionale è sintetizzata nell'allegata Tabella B.

Per quanto attiene alla medicina generale, le forme associative disciplinate dal vigente AIR di cui alla D.G.R. n. 28-2690 del 24.4.2006 e s.m.i. , articolate nelle tipologie medicina in associazione,

medicina di gruppo e medicina in rete, coinvolgono a livello regionale circa l'83% dei MMG, ai quali fa capo l'86,5% del totale degli assistiti (PDLS: circa il 62% ai quali fa capo il 64,37% degli assistiti).

In particolare, la progressiva tendenza alla contrazione dell'associazionismo semplice verso le altre tipologie associative, manifestatasi a partire dal 2009, ha evidenziato la necessità di definire un percorso di superamento di tale forma associativa. Inoltre la sperimentazione regionale relativa ai Gruppi di Cure Primarie (GCP.) avviata nel 2009 ha comportato un implemento dell'associazionismo nella tipologia Medicina di Gruppo in cui sono confluiti gran parte degli ex GPC una volta conclusa la sperimentazione il 31.12.2011.

Le 232 equipe territoriali coinvolgono il 98% del totale dei MMG: nell'ambito dei Programmi Operativi regionali di cui alla D.G.R. n. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, è prevista la riconsiderazione del ruolo e della connotazione di tali forme associative, riorientandole in direzione delle nuove forme organizzative monoprofessionali AFT*, "come contesto del governo clinico e del coordinamento dell'assistenza primaria sul territorio con attribuzione di precisi obiettivi quintificabili e misurabili a cui commisurare, solo se raggiunti, i relativi compensi incentivanti".*

Le forme organizzative multiprofessionali attualmente operative, a livello sperimentale, sul territorio regionale sono le seguenti:

- I CAP avviati sulla base delle linee guida di cui alla sopra richiamata D.G.R. n. 26-3627/2012, così dislocati:
  - - A.S.L. To3, Distretto di Susa, CAP Avigliana, c/o ex presidio ospedaliero
  - - A.S.L. To4, Distretto di Cuorgnè, CAP Castellamonte, c/o ex presidio ospedaliero
  - - A.S.L. VC, Distretto di Vercelli, CAP Santhià, c/o ex presidio sanitario polifunzionale
  - - A.S.L. NO, Distretto di Arona, CAP Arona, c/o ex presidio ospedaliero
  - - A.S.L. AL, Distretto di Valenza, CAP Valenza, c/o ex presidio ospedaliero

- Le Case della Salute ed ex GCP avviati nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla D.G.R. n.57-10097 del 17.11.2008 e conclusasi il 31.12.2011, oppure a livello aziendale: nelle maggior parte dei casi l'attività di tale forme organizzative è proseguita nella configurazione di medicina di gruppo garantendo, nella stessa sede, l'integrazione con le attività infermieristiche, diagnostiche e specialistiche, nonché con le aree socio-sanitarie della domiciliarità e residenzialità.

- Gli Ospedali di comunità con sede in Varallo (ASL VC) e Demonte (ASL CN1) le cui caratteristiche funzionali e strutturali saranno definite con apposito provvedimento da emanarsi entro il 2016, coerentemente con gli indirizzi di cui al Decreto n. 70/2015, punto 10.1 e con i requisiti che verranno stabiliti nel provvedimento previsto dal Patto per la Salute, punto 17.

In tale contesto si inserisce anche il recente progetto di sperimentazione avviato sul territorio del Verbano Cusio Ossola (ASL VCO), finalizzato a potenziare, anche tramite l'interazione fra il sistema di emergenza e la medicina di territorio, l'assistenza territoriale. Il progetto, mira a corrispondere alle peculiari caratteristiche di quel territorio (Provincia montana) ed è finalizzato allo sviluppo di un modello utilizzabile su scala nazionale e sarà per questo realizzato in collaborazione con Agenas.

2.3 Linee d'indirizzo per l'evoluzione verso le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria: UCCP-AFT

Le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria, nella configurazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (di seguito: AFT) e di Unità Complesse di Cure Primarie (di seguito: UCCP), come individuate e definite dalla vigente normativa nazionale, sono tendenzialmente destinate a garantire, nel nuovo disegno organizzativo regionale, l'erogazione dell'assistenza primaria in forma capillarmente diffusa su tutto il territorio, attraverso la gestione collaborativa ed integrata del paziente e dei suoi percorsi assistenziali.

Nell'ottica di realizzare l'uniformità assistenziale su tutto il territorio, in coerenza con le strategie di governo e di programmazione aziendale e distrettuale, le nuove forme organizzative dell'Assistenza primaria sono destinate a sostituire, in un disegno di rete organicamente articolato e accessibile nelle diverse aree del territorio, coordinato con il livello ospedaliero, tutte le forme associative monoprofessionali e multiprofessionali, gestionali e funzionali, oggi esistenti nel panorama territoriale.

Come previsto dal Patto per Salute, art. 5, comma 3, "*entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN*" e comunque entro il periodo di vigenza del Patto (2016), "*le AFT e le UCCP costituiscono le uniche forme di aggregazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie Regioni"* .

Le presenti linee d'indirizzo rappresentano pertanto il tendenziale riferimento per la definizione della piattaforma relativa ai nuovi Accordi integrativi regionali per i professionisti convenzionati, ai quali si rinvia per tutto quanto non disciplinato nel presente modello.

2.3.1 Aggregazioni funzionali territoriali MMG//PDLS (AFT)

Le Aggregazioni funzionali territoriali sono definite quali reti monoprofessionali (MMG/PDLS) *"che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi*" (L. n. 189/2012, art, 1, co.1).

L'AFT è composta da una numero di medici (MMG/PDLS) compreso fra i 15 e i 20. Inoltre possono essere previste AFT composte da medici specialisti ambulatoriali interni.

La popolazione assistita afferente a ciascuna AFT non è superiore a 30.000 abitanti e rappresenta il bacino d'utenza dei medici che hanno in carico il cittadino che esercita la scelta nei confronti dei singoli medici. Nelle realtà metropolitane sarà possibile prevedere aggregazioni anche maggiori, mentre nelle realtà territoriali montane o a scarsa densità abitativa potranno essere previste organizzazioni più snelle ed articolate, tali comunque da garantire la completa copertura assistenziale anche nelle aree più disagiate del territorio regionale.

Ogni AFT è funzionalmente collegata ad una UCCP (vedi punto 2.3.2): ovvero l'UCCP assicura l'erogazione delle prestazioni di medicina generale (MMG/PDLS) tramite le AFT alla stessa collegate, garantendo la copertura assistenziale su tutto il territorio distrettuale h 24 tramite il coordinamento operativo con il servizio di Continuità assistenziale (ex Guardia Medica).

Compete all'AFT la tutela della salute della popolazione di riferimento. In particolare l'AFT deve garantire le seguenti funzioni e attività:

- assistenza ambulatoriale e domiciliare a favore della popolazione in carico ai MMG/PDLS che la compongono;
- l'applicazione dei PDTA definiti a livello regionale, aziendale e distrettuale a favore dei pazienti affetti da patologie croniche;

- interrelazione con tutti i professionisti del sistema sanitario (dipartimenti e strutture territoriali e ospedaliere) e con l'area socio-assistenziale, al fine di assicurare la continuità di cura agli assistiti, con particolare riferimento ai percorsi post dimissioni ospedaliere.

Il Distretto deve individuare chiaramente gli obiettivi di salute che le AFT devono perseguire.

2.3.2 Unità complesse di Cure primarie (UCCP)

Le Unità complesse di cure primarie **s**ono costituite da reti multiprofessionali, operanti in sedi uniche sotto forma di strutture polifunzionali territoriali dotate di strumentazione di base per la diagnostica di primo livello (h 12), facenti capo al Distretto al quale ne compete il governo e la gestione organizzativa.

Le UCCP operano attraverso il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle Cure primarie, dell'area specialistica territoriale ed ospedaliera, della prevenzione, dell'area infermieristica, dell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale e, a garanzia della copertura h 24, della C.A. (ex G.M.), fino all'istituzione del ruolo unico della medicina generale come previsto dalla vigente normativa nazionale.

Le UCCP operano in forma integrata, nell'ambito ed in coerenza con la programmazione del fabbisogno sanitario e socio-sanitario distrettuale, al fine di:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali a livello ambulatoriale e domiciliare (MMG/PDLS tramite le AFT), delle prestazioni specialistiche (tramite le AFT previste dall'art.30bis del vigente ACN), delle attività infermieristiche, tecnico-sanitarie, socio-sanitarie e diagnostica di base;
- garantire l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco dell'intera giornata, nelle tre declinazioni:
  - gestionale, grazie all'interazione fra l'area della medicina generale (articolata nelle AFT), il servizio di C.A. e l'area della medicina specialistica ambulatoriale ed ospedaliera;
  - relazionale, attraverso la presa in carico e il governo del percorso, avvalendosi di un approccio proattivo e d'iniziativa, dal territorio all'ospedale e viceversa, nella fase post dimissione ospedaliera, che si concretizza nell'ambito di protocolli operativi condivisi, definiti dal distretto con le aree:
    - medicina specialistica e della prevenzione,
    - dell'emergenza-urgenza,
    - socio-sanitaria e socio-assistenziale;
  - informativa/informatizzata, in quanto l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale (a regime F.S.E.) avviene in forma integrata nella rete telematica aziendale, garantendo così il collegamento e la condivisione delle informazioni cliniche riguardanti il paziente ed i relativi percorsi in essere, con le altre strutture ospedaliere e territoriali, tra cui ovviamente le AFT e i servizi di Continuità assistenziale.

Le professionalità coinvolte nelle UCCP sono: MMG/PDLS/MCA, Specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri, personale dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale e amministrativa.

Il coinvolgimento degli specialisti nel contesto dell'Assistenza primaria è rivolto a garantire la continuità tra il livello primario e secondario dell'assistenza, nell'ottica di un approccio sistemico fondato sull'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare nell'ambito di protocolli diagnostico-terapeutici predefiniti (PDTA).

Le UCCP rappresentano l'evoluzione, secondo un modello a rete capillarmente diffuso sul territorio, delle forme organizzative multiprofessionali già sperimentate su alcune aree distrettuali (es. Case della Salute) e in fase di sperimentazione (es. CAP); di norma si sviluppano nell'ambito di strutture aziendali/distrettuali e possono essere istituite nel numero di una o, in considerazione della specificità territoriale, al massimo due per ogni Distretto delle dimensioni sopra indicate (punto 1.3.a).

Articolazione territoriale UCCP

L'articolazione territoriale delle UCCP prevede:

- una sede di riferimento aziendale istituita in ambito distrettuale, riconsiderando in tale sede gli attuali CAP distrettuali e riconvertendo strutture aziendali già esistenti in ambito ospedaliero e/o territoriale;
- eventuali altre sedi accessorie dislocate sul territorio distrettuale e collegate telematicamente alla sede centrale. I relativi ambiti operativi devono essere coincidenti con quelli di una o più AFT, garantendo la copertura dell'intero territorio, con particolare riferimento alle aree montane e/o a bassa densità abitativa.

L'UCCP si sviluppa in strutture agevolmente accessibili e fruibili da parte degli utenti, individuate dalle ASL, in ambito distrettuale, nel seguente ordine di priorità:

- presidi ospedalieri e territoriali aziendali oggetto di riconversione;
- poliambulatori distrettuali;
- CAP/Case della Salute operanti a seguito delle sperimentazioni avviate a livello regionale;
- altre strutture aziendali, comunali o comunque pubbliche;

Entro tre mesi dalla data dell'approvazione dell'AIR, le ASL effettuano una ricognizione delle strutture già operanti a livello distrettuale (es.poliambulatori) rispetto alle quali è possibile prevedere la progressiva riconversione o riallocazione presso l'UCCP.

Le singole UCCP potranno avere una complessità organizzativa e prestazionale diversa a seconda del contesto in cui gravitano.

In relazione all'andamento della sperimentazione regionale, come risultante dal monitoraggio dei risultati conseguiti a fronte degli obiettivi previsti nell'ambito dei Programmi Operativi regionali e tenendo conto delle specificità del territorio regionale, viene definito a livello aziendale/distrettuale il percorso di riconversione dei CAP in UCCP, salvaguardandone il patrimonio operativo e di servizi garantiti ai cittadini.

Attività erogate dall'UCCP

Come stabilito dall'art.5, comma 4 del Patto per la Salute, l'UCCP è strutturata come un sistema integrato di servizi che concorre alla presa in carico della comunità di riferimento, in continuità con le AFT ed i MMG/PDLS che le compongono.

Nell'ambito dell'UCCP vengono erogate le seguenti attività:

- assistenza primaria (MMG/PDLS), tramite le relative AFT alla stessa funzionalmente collegate, negli orari diurni 8-20 dei giorni feriali;
- continuità assistenziale (ex guardia medica) con orario durante le ore notturne 20-8,00, nei giorni festivi 8-20 e prefestivi 10-20;

- attività specialistica ambulatoriale, da individuare sulla base dei bisogni dei pazienti relativi allo specifico bacino d'utenza.
- diagnostica strumentale di primo livello a supporto dell'attività dei medici operanti nell'ambito della rete UCCP/AFT, anche correlate al percorso di presa in carico del paziente e all'erogazione di PDTA per patologie croniche;
- punto prelievi;
- servizi infermieristici ambulatoriali, territoriali e domiciliari, in rapporto numerico da individuare sulla base dei bisogni di salute, delle attività istituite e dei modelli organizzativi e assistenziali orientati ad un approccio proattivo nella gestione di persone con patologie croniche;
- sportello unico socio-sanitario (con la presenza e l'integrazione con i servizi sociali), operante secondo le modalità di raccordo con la rete dei servizi socio-assistenziali, come individuate nel successivo Capitolo 4.

Le prestazioni erogabili dall'UCCP si distinguono in:

- Prestazioni ordinarie di assistenza primaria, come previste e disciplinate dall'ACN e dagli AIR, erogate tramite le reti AFT funzionalmente collegate, per la presa in carico dei pazienti;

- prestazioni sanitarie ambulatoriali (diagnostiche/specialistiche), riconducibili alle classi di priorità previste dalla vigente normativa regionale;

- prestazioni sanitarie programmate a favore di pazienti fragili affetti di patologie croniche;

- prestazioni dell'area socio-sanitaria, con particolare riferimento alle cure domiciliari e all'assistenza residenziale, tramite le AFT funzionalmente collegate e nell'ambito degli obiettivi e dell'organizzazione definita a livello aziendale e distrettuale.

2.3.3. Collegamenti operativi fra le cure primarie e le altre reti aziendali

Il collegamento fra la rete UCCP/AFT e le altre reti produttive aziendali viene condiviso e disciplinato, attraverso la funzione distrettuale di interfaccia e di coordinamento, nell'ambito di appositi protocolli operativi che coinvolgono:

- la rete dell'emergenza-urgenza (ASL e Ospedale Hub di riferimento territoriale);
- l'area specialistica ambulatoriale e ospedaliera, con l'obiettivo di definire percorsi integrati fra le aree specialistiche ambulatoriali del distretto e dell'ospedale in modo tale da:
    - garantire la presa in carico e la continuità assistenziale del paziente;
    - assicurare l'appropriato svolgimento dei PDTA a favore della popolazione fragile e/o affetta da patologie croniche;
- l'area socio-sanitaria, per la garanzia dell'erogazione delle prestazioni afferenti all'area dell'integrazione, con particolare riferimento alla domiciliarità e residenzialità per persone non autonome e/o non autosufficienti;
- l'area dell'assistenza farmaceutica territoriale per le attività previste nell'ambito del progetto della "farmacia dei servizi".

Il collegamento operativo con il sistema di emergenza/urgenza

La rete UCCP/AFT non svolge attività di emergenza ed urgenza: quindi non è un punto della rete dell'emergenza ospedaliera.

Operando nell'area delle cure primarie, l'UCCP e le AFT alla stessa collegate sono tuttavia destinate ad intercettare quelle situazioni che presentano problematiche risolvibili in forma più appropriata a livello ambulatoriale tramite la rete dell'assistenza primaria coordinata con la rete specialistica aziendale.

Per l'efficace operatività di tale collegamento devono essere definiti a livello aziendale o interaziendale protocolli condivisi che disciplinino l'interfaccia fra la rete delle cure primarie, articolata nelle UCCP e relative AFT ed il sistema di emergenza/urgenza, garantendo la netta separazione dei percorsi e la condivisione del fascicolo sanitario del paziente.

Con particolare riferimento alla condivisione informatizzata dei dati clinici, è essenziale:

- che le informazioni contenute nella scheda sanitaria del MMG possano essere condivise per via telematica con il sistema informativo dell'emergenza-urgenza;
- che al tempo stesso i referti clinici del sistema emergenza-urgenza (DEA) siano acquisibili per via informatica e in tempo reale dal sistema delle cure primarie.

Per i pazienti che presentano sintomatologie tali da non escludere un possibile rischio evolutivo e quindi la necessità di trattamenti urgenti e/o complessi, la rete UCCP/AFT attiva la rete dell'emergenza/urgenza che espleterà l'intervento secondo i protocolli operativi vigenti, per la stabilizzazione e per l'eventuale ospedalizzazione presso la struttura più idonea, per il proseguimento delle cure in considerazione del quadro clinico evidenziato.

3. I servizi territoriali dell'ASL

La rete dei servizi territoriali delle ASL si compone, oltre che dei Distretti, di una serie di servizi territoriali cui sono affidati compiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale.
In base alle caratteristiche delle funzioni svolte si distinguono:

- dipartimenti territoriali
- servizi territoriali aziendali
- risorse professionali trasversali
- area della continuità tra ospedale e territorio
- servizi di dimensione regionale

I servizi territoriali non distrettuali sono dotati di risorse organizzative proprie definite dall'atto aziendale e nel piano di organizzazione.
La funzione distrettuale di definizione dei bisogni e delle priorità assistenziali dovrà pertanto essere armonizzata con la programmazione annuale di attività dei dipartimenti, che formerà oggetto di appositi capitoli ricompresi nel PAT di ciascun Distretto.

3.1 I dipartimenti territoriali

Esistono articolazioni del servizio sanitario regionale che svolgono funzioni sanitarie e socio sanitarie caratterizzate dall'esistenza di linee progettuali specifiche di derivazione nazionale o regionale, (Piano Nazionale di Prevenzione, Progetto Obiettivo Materno Infantile, Piano Nazionale Salute Mentale, Piano nazionale Dipendenze Patologiche, ecc.) che comportano la finalizzazione delle attività al raggiungimento di obiettivi generali comuni.

Per questo i servizi che operano in questi ambiti svolgono funzioni sia di produzione di interventi sia di elaborazione per la progettazione locale e concorrono alla pianificazione territoriale di competenza dei distretti armonizzando i propri piani locali specifici con le priorità derivanti dalla pianificazione distrettuale (Peps, PAT, ecc.).

L'esercizio di queste funzioni richiede un'articolazione organizzativa che consenta, per garantire multiprofessionalità e multidisciplinarità, di ricomprendere strutture, servizi, entità e soggetti anche estranei al servizio sanitario nazionale, la cui integrazione funzionale è essenziale per lo sviluppo di politiche di promozione e tutela della salute e per la messa in atto di interventi sanitari coerenti con tali politiche.

Si tratta di contenitori organizzativi che finalizzano le proprie azioni sia tramite gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali (la disponibilità di sistemi informativi per il governo e per l'esercizio, la responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate), sia attraverso strumenti specifici previsti dai progetti finalizzati di cui sono responsabili (in primo luogo gli strumenti di valutazione dei risultati raggiunti).

Di seguito vengono descritte le linee di riordino previste per i Dipartimenti Territoriali in Piemonte.

Dipartimento di Prevenzione (DP)
Le politiche di prevenzione e di promozione della salute e tutti gli interventi sanitari previsti per questa funzione sono indicati dal Piano Regionale di Prevenzione (PRP).

La Giunta regionale ha approvato, con DGR n. 25-1513 del 3/06/2015, il Piano regionale di prevenzione per gli anni 2015-2018. Il provvedimento costituisce atto valutabile in sede di verifica annuale degli adempimenti regionali da parte del Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza (ex art. 9 dell'Intesa Stato-Regioni rep. atti 2271), nonché atto necessario all'attuazione dei Programmi Operativi 2013-2015 (di cui alla DGR 30 dicembre 2013, n. 25-6992).

Il PRP impegna le ASL del Piemonte alla predisposizione e alla realizzazione di un Piano locale della Prevenzione (PLP) finalizzato all'attuazione degli obiettivi stabiliti dalle linee progettuali approvate.

Il PRP contiene anche un apposito capitolo dedicato alla governance di questa funzione che prevede, tra l'altro, una revisione organizzativa da attuarsi nel corso del 2015.

A tal fine si indicano le principali direttrici di tale riordino:

- tutte le funzioni di prevenzione esercitate dal SSN del Piemonte vanno ricomprese nell'ambito della pianificazione regionale e locale della prevenzione;
- per sostenere la pianificazione locale della prevenzione e armonizzarla con quella territoriale dei distretti le ASL attribuiranno una specifica responsabilità e specifici obiettivi al DP;
- tutte le articolazioni organizzative territoriali che esercitano funzioni e che erogano prestazioni di prevenzione sono ricondotte nell'ambito del DP;
- sono trasferite al DP tutte le funzioni e i servizi di Medicina Legale;
- per gli interventi che richiedono la collaborazione dei servizi di prevenzione con entità organizzative esterne al DP (ad esempio con le strutture diagnostiche specialistiche per l'esecuzione degli screening) saranno elaborati specifici progetti finalizzati di attività (con indicazione delle responsabilità, delle risorse e delle metodi di valutazione) evitando la costituzione di articolazioni organizzative specifiche (anche solo funzionali);
- lo sviluppo delle funzioni distrettuali definito dal presente documento (punto 1) consentirà l'identificazione e la sperimentazione di forme più avanzate di integrazione tra le strutture organizzative distrettuali e quelle della prevenzione in particolare negli ambiti di erogazione delle prestazioni di prevenzione rivolte alle persone.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DP.
Si conferma un unico dipartimento per la città di Torino

Dipartimento Materno Infantile (DMI)
Dal punto di vista sanitario, nell'area materno-infantile (MI), trovano posto attualmente: Consultori familiari, SC di ostetricia e ginecologia (per la parte di ostetricia), Attività specialistica ostetrica di poliambulatorio, Punti-nascita, TIN, SC di pediatria, SC di NPI, Pediatria di famiglia, Pediatria di comunità, Consultori pediatrici, Consultori per adolescenti, servizi residenziali e semiresidenziali per minori (comunità terapeutiche, comunità riabilitative psico-sociali, centri diurni, etc). Inoltre attività che fanno capo all'ambito della psicologia, del RRF, nonché ai Dipartimenti di Prevenzione ed al Distretto (es ADI).

Dal punto di vista socio-assistenziale, i servizi per minori quali comunità educative residenziali, affidi, sostegno alla disabilità, ecc.

Dal punto di vista educativo, gli asili nido, scuole materne, scuole dell'obbligo, educativa di strada, ecc.

Le relazioni di rete con tutte le altre agenzie del territorio coinvolte sull'area MI sono garantite attraverso rapporti definiti e consolidati (Servizi sociali-Comuni, Scuole, Tribunale).

Gli ambiti di azione dell'area MI sono :

- assistenza alla coppia nella pianificazione familiare;
- assistenza alla donna durante la gravidanza, il parto e il puerperio;
- assistenza al neonato sano e patologico;
- promozione e tutela della salute del bambino;
- promozione e tutela della salute dell'adolescente;
- assistenza al bambino con bisogni particolari e malattie croniche;
- riabilitazione dei minori;
- raccolta ed elaborazione dei dati epidemiologici relativi all'infanzia ed alla donna.

La definizione dei tre percorsi basali (nascita, crescita, patologia cronica) e la loro collocazione all'interno di uno stesso ne permette il governo.

Dal punto di vista funzionale si formulano, per la razionalizzazione e il potenziamento delle azioni in corso, le seguenti linee di indirizzo:

- la domanda prevalente è una domanda di promozione della salute e di prevenzione (circa l'85% delle gravidanze sono fisiologiche, circa l'85% dei neonati nasce sano).
  Per tale ragione risulta necessario:
  - un potenziamento delle attività consultoriali attraverso un riconoscimento organizzativo adeguato e un'assegnazione di operatori che tenga conto delle funzioni ad esso attribuite (contraccezione compresa quella d'emergenza, ecografie ostetriche di 1° livello, applicazione 194, gravidanza fisiologica, prevenzione serena, prevenzione infezioni sessualmente trasmesse);
  - un contenimento della medicalizzazione della gravidanza e del parto (% cesarei, % ecografie in gravidanza, % gravidanze seguite dall'ospetrica, etc)
  - un'analisi territoriale dei Bilanci di salute svolti dai pediatri di famiglia lungo il percorso di crescita del bambino con obiettivi specifici effettuata dal DMI con la finalità di leggerli come indicatori di salute/di domanda di specialistica
  - una ridefinizione della presa in carico pediatrica che riequilibri l'eccesso di ricorso al Pronto Soccorso/DEA ed alla ospedalizzazione inappropriata (anche determinata da obiettivi prestazionali errati quali il tasso di occupazione PL in reparti pediatrici).
- La domanda di cura nelle situazioni di patologia richiede un superamento delle modalità di risposta non integrate fra loro, ed in particolare:
  - il consolidamento e lo sviluppo della rete locale e interaziendale di presa in carico delle gravidanze a rischio con attenzione al PN cui riferire la donna per il parto;
  - la relazione tra l'attività specialistica degli Hub e gli operatori di riferimento del territorio (PdF,…) nelle patologie acute e croniche del minore.
  - l'integrazione delle diverse figure professionali (NPI, psicologi, logopedisti, fisioterapisti, terapisti della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, eductori…) all'interno di un unico luogo e con un unico coordinamento che garantisca al minore con patologia cronica ed alla sua famiglia risposte appropriate, condivise, anche in ottemperanza agli obblighi giuridici assegnati alla NPI.
- Relativamente alla NPI negli anni si è assistito (fonte dati Npi-Net/Smile) ad un incremento della domanda di salute con passaggio della prevalenza da un 5.75% (sulla pop 0-17) all'8.07% in 8 anni, con aumento della multimorbilità, cronicità e fragilità. Si ritengono, pertanto,

definitivamente superate le modalità organizzative che non garantiscono l'azione coordinata dei servizi e delle professionalità coinvolte nella presa in carico del minore (ad esempio le NPI esclusivamente monoprofessionali).

In conseguenza della natura e delle caratteristiche delle funzioni descritte, sul piano organizzativo di indicano le seguenti linee di indirizzo:

- il DMI è dipartimento strutturale transmurale, integrato con modalità funzionale con i pediatri di famiglia, con le attività di psicologia dell'area materno-infantile e di RRF dell'età evolutiva, con i dipartimenti di prevenzione e con il distretto;
- il DMI può, inoltre, configurarsi in alcune realtà come interaziendale;
- il DMI programma la sua attività in base al profilo di salute della sua popolazione ed agli obiettivi regionale.

Dipartimento di Salute Mentale

E' l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio definito dall'Azienda sanitaria locale (ASL).

Il DSM è dotato di servizi per l'assistenza diurna (i Centri di Salute Mentale - CSM), servizi semiresidenziali (i Centri Diurni) servizi residenziali (strutture residenziali distinte in residenze terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e servizi ospedalieri (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura - SPDC e i Day Hospital).

L'offerta assistenziale è completata dalle Cliniche universitarie e dalle case di cura private.

La realtà piemontese, interessata da una serie di azioni di riordino organizzativo del SSR, presenta alcune criticità che riguardano questo ambito di attività e interessano in modo specifico l'area della residenziali dove vengono segnalati un numero eccessivo di posti letto autorizzati/accreditati e la dislocazione disomogenea degli stessi, lunghi tempi di permanenza in struttura e una carente politica di programmazione.

A tal fine, si indicano le principali direttrici funzionali di riordino per l'immediato futuro:

- sviluppo della progettazione regionale e locale basate su una approfondita conoscenza dei bisogni di salute mentale e sulla identificazione di obiettivi di riabilitazione e inclusione sociale in condivisione con i diversi soggetti interessati (pazienti, famigliari, associazioni, enti locali, terzo settore, erogatori di servizi, ecc.);
- creazione di una funzione regionale di osservazione epidemiologica estesa all'ambito generale della salute mentale e delle patologie delle dipendenze;
- attuazione dei provvedimenti regionali finalizzati al riordino della materia, al miglioramento dei trattamenti e alla riduzione delle disomogeneità (in particolare completamento del programma di valutazione dei bisogni sanitari dei pazienti attualmente inseriti in strutture residenziali);
- completamento e pieno utilizzo del sistema informativo specifico con attivazione di sistemi di valutazione degli esiti e conseguenti strumenti di remunerazione delle attività realizzate;
- potenziamento della dotazione di posti letto nei SPDC per far fronte alle carenze che si determineranno in conseguenza del riordino della rete ospedaliera;
- potenziamento delle attività domiciliari;
- completamento del percorso di superamento degli OPG.

Dal punto di vista organizzativo occorre perseguire:

- il raggiungimento dell'obiettivo di un posto letto in SPDC ogni 10.000 abitanti (con 16 letti per servizio) collocati esclusivamente nella rete ospedaliera pubblica. La funzione e l'organizzazione del SPDC è integrata con quella dei servizi territoriali dai quali dipende anche quando il servizio è strutturalmente inserito in azienda ospedaliera oppure in un ospedale hub. A tal fine andranno stipulati appositi accordi tra le aziende sanitarie interessate;
- la semplificazione della struttura dei DSM rimuovendo le separazioni organizzative e amministrative.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DSM, valutando la opportunità di aggregazioni interaziendali a Torino

Dipartimento Patologia delle Dipendenze (DPD)

L'accordo Stato Regioni del 15 marzo 1999 ha fornito indicazioni per la Riorganizzazione dei sistemi di assistenza ai Tossicodipendenti.

Le azioni di prevenzione, trattamento e riabilitazione delle diverse forme di patologia delle Dipendenze sono disciplinate, in Piemonte, dalla DGR 48-9094 del 1 luglio 2008 che fornisce indirizzi per realizzare gli interventi in modo uniforme su tutto il territorio regionale.

Da allora l'attività viene programmata con specifici atti di indirizzo regionale e finanziata con apposito budget.

Alla base di tali indirizzi si riconoscono:

- l'elaborazione del Piano Locale delle Dipendenze;
- la partecipazione alla valutazione dei bisogni anche tramite l'estensione della funzione di osservazione epidemiologica all'intero ambito della salute mentale;
- la organizzazione di dipartimenti misti (Pubblico- Privato accreditato);
- la definizione di un budget regionale di spesa per la residenzialità;
- il coinvolgimento e la corresponsabilizzazione dei diversi soggetti nella pianificazione e nell'uso delle risorse;
- la valutazione degli esiti e la sperimentazione di interventi innovativi.

Lo sviluppo futuro richiede la individuazione di uno standard di intervento per tutti i servizi della Regione per la presa in carico dei cittadini che hanno problemi di abuso rispetto alle sostanze illegali, alle bevande alcoliche, al tabacco, problemi di dipendenza da comportamenti senza sostanze (gioco d'azzardo, internet ecc..), interventi di prevenzione rivolti sia verso una popolazione in cui non sono evidenti comportamenti a rischio, che ad un target in cui sono già in atto comportamenti problematici (scuole, luoghi di frequentazione della popolazione giovanile).

Dal punto di vista funzionale, le azioni e le esperienze si articolano in:

- attività clinica di diagnosi, trattamento e riabilitazione
- attività di prevenzione e interventi rivolti alla popolazione giovanile
- attività di prossimità, riduzione del danno e di prevenzione delle patologie correlate
- progetti (Integrazione con i medici di Medicina Generale, Interventi a carattere locale sul gioco d'azzardo patologico (GAP), Interventi a carattere locale sul l'inclusione lavorativa, Interventi di prevenzione e diffusione epatite C)

- politiche, organizzazione e programmazione di livello regionale (monitoraggio residenzialità, prevenzione, reinserimento lavorativo, accertamenti per i lavoratori addetti alle mansioni a rischio, valutazione degli esiti)

Per sostenere, dal punto di vista organizzativo, le linee di sviluppo funzionale illustrate si formulano le seguenti linee di indirizzo:

- attivazione di un DPD in ogni ASL prevedendo la possibilità di eventuali aggregazioni interaziendali per le funzioni di progettazione locale e di integrazione con i soggetti esterni al servizio sanitario.

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione dei servizi che compongono il DPD.

3.2. I servizi territoriali aziendali

Interessano funzioni che riguardano ambiti specifici per i quali è necessario mantenere una dimensione organizzativa aziendale per ragioni di identità disciplinare, per la natura delle relazioni esterne coinvolte e per assicurare possibili economie di scala.

Servizio Farmaceutico Territoriale
Svolge specifiche funzioni di programmazione e gestione dell'assistenza farmaceutica agendo sui seguenti ambiti:

- farmaceutica convenzionata (in particolare per la partecipazione a programma locali e regionali di politica del farmaco, per il monitoraggio dei profili prescrittivi e dei consumi e per la vigilanza e il controllo sulla corretta applicazione delle indicazioni normative in materia)
- Vigilanza farmacie, depositi medicinali e altre strutture territoriali (anche in collaborazione con altri servizi)
- Documentazione sul farmaco e farmacovigilanza (in particolare per l'allestimento di indicazioni sull'appropriatezza d'uso dei prodotti, la formazione e l'informazione, la partecipazione al sistema di sorveglianza e a studi specifici)
- Assistenza farmaceutica diretta e distrettuale (in particolare per la programmazione e la gestione delle funzioni di erogazione dell'assistenza farmaceutica distrettuale)

Gli atti aziendali stabiliranno in modo dettagliato l'articolazione del Servizio Farmaceutico Territoriale.

Servizio di Sanità Penitenziaria (SSP)
L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta deve essere garantita su tutto il territorio nazionale attraverso una specifica rete articolata secondo un modello che è stato oggetto di un apposito accordo tra lo Stato e le Regioni in data 22 gennaio 2015 che la Regione Piemonte ha recepito e che sarà oggetto di uno specifico atto di programmazione.

Per questo il riordino della rete territoriale deve garantire, in ogni azienda sede di carcere, la presenza di una figura di riferimento per le funzioni di raccordo con i diversi soggetti istituzionalmente competenti al fine di equilibrare la garanzia del diritto alla salute con le inderogabili esigenze di sicurezza e di custodia.

Dal punto di vista funzionale si indicano i seguenti obiettivi:

- attivare il tavolo regionale per la sanità penitenziaria e garantire il coordinamento dei referenti locali
- completare lo specifico sistema informativo
- utilizzare in modo condiviso i centri di riferimento regionali
    - reparto ospedaliero per detenuti presso l'AUO Citta della salute e della Scienza
    - il centro di osservazione "Il Sestante" (presso il carcere Lorusso e Cutugno) afferente al DSM della Asl T02
    - il servizio multiprofessionale integrato (presso il carcere Lorusso e Cutugno)

Dal punto di vista organizzativo, alla luce delle funzioni richiamate, si ritiene che le eventuali entità dedicate debbano essere organizzativamente integrate con il Distretto territorialmente competente.

E' necessario che gli atti aziendali assegnino a questa funzione una identità organizzativa riconoscibile e un centro di responsabilità specifico per assicurare le funzioni di raccordo istituzionale sopra richiamate e per garantire la disponibilità presso gli istituti penitenziari di interventi sanitari che richiedono competenze professionali e specialistiche appartenenti ad altre articolazioni del SSR (in primo luogo psichiatria, psicologia, malattie infettive).

Risorse professionali trasversali
Insieme alle funzioni specifiche finora descritte, si riconoscono altre funzioni di rilevante impatto organizzativo che riguardano professionalità che, pur essendo caratterizzate da una identità disciplinare che configura specifici ambiti di responsabilità e di autonomia, vengono utilizzate in modo trasversale in molteplici servizi della reti territoriali e ospedaliere del SSR.
Per queste funzioni le ASL dovranno, nell'ambito dei propri atti aziendali e considerando la numerosità e la complessità delle entità interessate, adottare soluzioni organizzative adeguate ad assicurare il razionale utilizzo di queste risorse.

3.2.1. Area della continuità tra ospedale e territorio
L'invecchiamento della popolazione, la presenza di patologie croniche a rilevante impatto sociale, le disabilità motorie-sensitive costituiscono una problematica sicuramente in crescita e di particolare rilevanza per i risvolti clinico-assistenziali e riabilitativi che investono gli Ospedali ed il territorio.

La principale criticità è correlata alla difficoltà di interazione fra strutture e funzioni ospedaliere e territoriali che devono intervenire in modo appropriato temporalmente e quali-quantitativamente nei percorsi di cura ed assistenziali.

Questa fragilità induce spesso inappropriatezza nell'uso di risorse sanitarie con outcome inferiori alle attese. Appare quindi necessario che le Aziende sviluppino una specifica progettualità organizzativa per la gestione della continuità ospedale-territorio, prevedendo la partecipazione di strutture e funzioni sia aziendali (ospedaliere e territoriali) che extra aziendali pubbliche e private , secondo un modello di rete che definisca il ruolo di ciascuna struttura/funzione all'interno di percorsi aziendali clinico-assistenziali riabilitativi predefiniti.

Le ASL, nella definizione dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, secondo i criteri e le modalità già indicate dalla D.G.R. n. 27-3628 del 28.3.2012, coinvolgono obbligatoriamente le Aziende Ospedaliere che assicurano il proprio intervento coerentemente con le loro specifiche funzioni.

Il progetto organizzativo deve articolarsi su specifici percorsi e per specifici problemi e avvalersi di tutti i possibili strumenti utili a finalizzare le azioni delle articolazioni organizzative coinvolte. Si

indicheranno, pertanto, gli strumenti tipici delle articolazioni dipartimentali coinvolte (sistemi informativi dedicati, responsabilità diretta dell'impiego delle risorse umane e finanziarie assegnate) e strumenti specifici dei progetti finalizzati: sistemi di valutazione dei risultati raggiunti e metodi di remunerazione per percorsi o per risultato.

Afferiscono all'area della continuità assistenziale i seguenti programmi ed iniziative in corso nelle varie articolazioni del servizio sanitario regionale, che dovranno essere ricondotti organizzativamente all'ambito distrettuale:

- l'ospedalizzazione a domicilio
  Trattasi di un setting assistenziale, simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero per acuti, destinato a pazienti che necessitano di cure di tipo ospedaliero per le quali non è necessario un monitoraggio intensivo e le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia ne consentono una sorveglianza continua. Tali forme assistenziali sono attualmente caratterizzate dalla presa in carico del paziente a totale responsabilità dell'ospedale oppure dalla presa in carico a cura dei servizi territoriali: quindi con la piena responsabilizzazione dei medici di medicina generale o dei pediatri di libera scelta ma con un'assistenza specialistica resa dalla struttura ospedaliera.

- l'assistenza diagnostica e specialistica domiciliare
  Consiste nell'effettuazione al domicilio del paziente di indagini diagnostiche di semplice esecuzione e di basso contenuto tecnologico a sostegno di percorsi di deospedalizzazione. In particolare, trattasi di programmi di radiologia domiciliare e delle attività di svariate reti specialistiche che operano anche interventi domiciliari di diagnosi e cura (cure palliative, terapia del dolore, ecc.).

- la continuità assistenziale a valenza sanitaria
  rappresenta un setting in cui prevale la componente assistenziale rispetto alla parte clinico-internistica, che pur è presente in modo significativo; deve seguire specifici criteri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e socio-ambientale. I ricoveri riguardano le tipologie di pazienti e le durate indicate dalla D.G.R. n.13-1439 del 28 gennaio 2011.

- progetti sperimentali di teleassistenza e di telemedicina, finalizzati a realizzare un sistema di cure integrate e continuative tra ospedale e territorio (area dell'assistenza primaria), con particolare attenzione a pazienti fragili e/o affetti da patologie croniche (es.scompenso cardiaco).

Il PAT relativo all'anno 2016 dovrà contenere una dettagliata analisi di tutte le forme organizzative esistenti sul territorio distrettuale e definire specifici programmi per la loro stabilizzazione e sviluppo, nonché per l'eventuale avvio di altre esperienze negli ambiti territoriali che ne sono attualmente privi.

Reti integrate ospedale-territorio

Come stabilito dalla D.G.R. n. 1-600/2014 e s.m.i. (Allegato 1, punto 2.f) la definizione di dettaglio relativa all'articolazione di discipline inerenti a servizi di natura principalmente territoriale è rinviata alla redazione degli atti aziendali, i quali dovranno conformarsi agli indirizzi in materia già previsti dalla vigente normativa regionale emanata in attuazione dei Programmi Operativi Regionali 2013-2015, Programma 13. Reti assistenziali per intensità di cura.

In tale occasione sarà verificata la natura e l'adeguatezza organizzativa delle strutture complesse specialistiche territoriali esistenti in coerenza con gli standard dimensionali stabiliti dal Comitato LEA.

Servizi a dimensione regionale
A completamento del disegno organizzativo delineato dal presente provvedimento di riordino della rete dei servizi territoriali è necessario indicare anche le entità che svolgono funzioni di supporto (sia alle funzioni di governo che a quelle di esercizio) per l'intera rete regionale dei servizi territoriali e ospedalieri.

Si tratta di una serie di servizi (in parte esistenti e in parte di nuova attivazione) necessari ad assicurare competenze specialistiche ed elementi informativi indispensabili sia per le funzioni regionali di programmazione e controllo, sia per il funzionamento coordinato delle reti di servizi di clinici e di prevenzione:

- Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
- Dipartimento Interaziendale 118
- Centro di riferimento per la prevenzione dei tumori e di supporto all'assistenza e alla ricerca clinica presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
- Servizio regionale di epidemiologia presso l'ASL TO3
- Servizio regionale per le sorveglianze di sanità pubblica e per il controllo delle infezioni presso l'ASL AL
- Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) previste dall'art. 3 ter della legge 9.2.2012, n. 9, collocate presso l'ASL TO3 e l'ASL Biella.

Si procederà con appositi provvedimenti al riordino e all'adeguamento dei servizi esistenti indicando in modo dettagliato le funzioni, i compiti e le modalità di remunerazione di questi servizi.

4. Le competenze della rete territoriale rispetto ai Livelli di assistenza da garantire al cittadino

L'organizzazione del ruolo Distretto quale struttura aziendale per l'esercizio delle funzioni di garanzia della tutela della salute dei propri residenti e di produzione di prestazioni sanitarie territoriali è necessariamente complessa e comporta la costante interfaccia con le altre strutture aziendali ai fini della condivisione di obiettivi, volumi di attività/risorse da impiegare a fronte del fabbisogno rilevato sul proprio territorio.

Per schematizzare questo ruolo si è assunto come riferimento il modello ministeriale L.A. che sintetizza tutti **i livelli di assistenza** come risultano dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.i.

Come illustrato nella Tabella C, a ciascuna area di programmazione corrispondono livelli assistenziali rispetto ai quali il Distretto:

1) non ha competenze dirette ma concorre alla definizione delle priorità nell'ambito delle proprie funzioni di programmazione;
2) deve concordare con le competenti strutture operative e/o produttive aziendali o interaziendali, i livelli e l'articolazione dei servizi per i propri residenti in relazione ai

fabbisogni rilevati ed al budget assegnato, definendo i volumi di attività/prestazioni da erogare nonché i relativi indicatori di verifica;
3) è direttamente responsabile per l'erogazione delle prestazioni attraverso la propria organizzazione oppure mediante acquisizione da soggetti terzi.

Nel caso di cui al punto 2) la Tabella riporta nella colonna a fianco il principale interlocutore, ovvero la struttura della rete territoriale e ospedaliera competente rispetto alla gestione delle relative attività.

Nel caso di cui al punto 3) la Tabella riporta nella colonna a fianco l'articolazione organizzativa/operativa distrettuale responsabile.

5. Il raccordo con la rete dei servizi dell'area dell'integrazione socio-sanitaria e socio-assistenziale.

L'esigenza di cura e assistenza della popolazione in stato di fragilità, sia essa derivante da una patologia o da un contesto sociale, richiede l'attivazione di servizi non esclusivamente sanitari. La presa in carico di queste persone sempre più necessita di interventi di sostegno di carattere assistenziale ed integrato socio-sanitario.

In Piemonte l'integrazione tra i due comparti, sanitario e sociale, si è sviluppata con elementi di originalità e innovazione, caratterizzata da una crescente attenzione dei comuni alle problematiche legate a fasce di popolazione vulnerabili e in costante aumento a causa dell'andamento demografico del paese nonché dell'incidenza della crisi economica che non cessa di far sentire i suoi effetti.

Occorre infatti ricordare che la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 *"Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento"*, assegna ai comuni la titolarità "*delle funzioni concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale"(art. 6)* e il D.Lgs. 502/1992 assegna al Sindaco la titolarità *"delle funzioni di tutela socio sanitaria e del diritto alla salute"*.

Analogamente a quanto sta avvenendo per l'assetto sanitario regionale, anche l'area dell'integrazione socio-sanitaria mostra l'esigenza di una sensibile riforma organizzativa al fine di rispondere ai bisogni crescenti ed alla limitata disponibilità di risorse nazionali, regionali e comunali.

La Regione, di conseguenza, intende *in primis* riformare l'assetto organizzativo socio-sanitario, rispondendo in maniera positiva alla richiesta di intervento più volte pervenuta dal territorio, laddove la necessità di convergenza tra i due ambiti, sanitario e sociale, diventa vieppiù un'esigenza ineludibile per il miglioramento della programmazione e di una più efficace allocazione delle risorse.

Questa convergenza richiede quindi che ai Distretti sanitari, cosi come individuati dal presente modello organizzativo, corrispondano ambiti territoriali ottimali, rappresentati da Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali territorialmente corrispondenti, multipli dei Distretti o sottomultipli degli stessi. Al fine di rispondere correttamente ai principi di efficienza, omogeneità ed equità territoriale, individuati dall'art. 2 della citata Legge regionale 1/2004, dovrà essere sviluppo un percorso congiunto tra Regione ed Enti locali al fine di individuare un

adeguato modello organizzativo in grado di permettere lo svolgimento delle attività integrate socio-sanitarie in ambiti territoriali omogenei superando la frammentazione in più distretti.

La Regione, al fine di agevolare questo percorso di riorganizzazione, può promuovere proposte di gestione unitaria dell'attività socio-sanitaria, anche in via sperimentale, alla ricerca di un modello gestionale condiviso.

Contestualmente alla riforma organizzativa la Regione persegue un disegno di una più incisiva e trasparente programmazione, intendimento perseguito attraverso l'emanazione di norme in grado di delimitare con certezza gli interventi socio-sanitari, contenute nell'approvando "Patto per il sociale" e gli enti locali daranno congiuntamente attuazione agli interventi.

Quest'ultimo documento fornisce gli indirizzi essenziali della programmazione in ambito socio-sanitario e socio-assistenziale, puntualizzando modalità di raccordo stabili tra la Direzione Coesione Sociale e Direzione Sanità nella ricerca di modalità operative condivise.

All'interno di questa cornice, a livello locale, anche la programmazione e l'attività degli Enti gestori e delle ASL necessita di uno strumento programmatico congiunto nel quale devono essere individuati obbligatoriamente quattro elementi:

a) analisi dei bisogni;
b) obiettivi di servizio;
c) indicatori di risultato;
d) budget assegnato dai due ambiti.

Questo strumento programmatico di carattere non descrittivo ma operativo, risulta vincolante per le parti, deve inoltre indicare gli strumenti concordati per gestire il budget complessivo.

6. L'interazione tra il Servizio di Continuità Assistenziale ed il sistema di Emergenza e Urgenza.

Le strategie finalizzate al riordino della rete territoriale, per poter generare concretamente un'adeguata ed efficace risposta in grado di intercettare il bisogno espresso dai cittadini, necessitano di essere supportate con idonei strumenti che agevolino lo scambio delle informazioni e l'interfaccia in tempo reale non solo fra le reti sanitarie e socio-sanitarie ma anche fra i cittadini e le reti stesse.

Pertanto, fra gli obiettivi perseguiti nell'intervento di riordino della rete territoriale, vi è la definizione di un modello finalizzato a garantire, nel pieno rispetto dei percorsi differenziati, l'interazione tra i servizi della Continuità Assistenziale-ex Guardia Medica (di seguito: C.A.) e del sistema di Emergenza/Urgenza, attraverso la centralizzazione delle chiamate che oggi interessano 80 linee di C.A. attive nella Regione Piemonte, su un numero unico "116.117".

Tale numero, oltre che dedicato al servizio di cure mediche da erogarsi negli orari di competenza della C.A., è destinato a rappresentare anche un valido riferimento sia per i pazienti e le loro famiglie sia per gli operatori sanitari e sociali del territorio nonché per gli operatori dell'ospedale, al fine di agevolarne e supportarne i percorsi nell'ambito della rete organizzativa ed operativa dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali.

Quadro normativo nazionale e regionale

Con la D.G.R. 46-1982 del 29.4.2011 e la D.G.R. n. 32-4961 del 28.12.2012, in attuazione dell'Addendum al Piano di rientro sono state poste le basi per la riorganizzazione del sistema regionale di C.A. , in coerenza con le misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico-finanziario poste in essere nell'ambito della programmazione regionale.

Nell'ambito di tali provvedimenti, come richiamato nel Programma Operativo Regionale di cui alla D.G.R. n. 25-6992/2013, Programma 14, Azione 14.3.1, sono stati espressamente previsti i seguenti interventi:

- *la riorganizzazione delle postazioni operative di Continuità Assistenziale (ex guardia medica) esistenti sul territorio regionale",* sentite le OO.SS. di categoria più rappresentative a livello regionale, favorendone la progressiva integrazione organica con la rete di S.E.S.T. 118 e con la rete delle cure primarie;
- definizione di linee guida cliniche ed organizzative per l'erogazione uniforme sul territorio regionale del servizio di C.A.; promozione di adeguati piani formativi per i medici di C.A.;
- "*la centralizzazione delle chiamate ad un numero unico verde regionale afferente alle Centrali Operative del Servizio di Continuità Assistenziale e la loro allocazione presso le Centrali Operative E.S.T. 118, secondo l'assetto già ridefinito dalla D.G.R. n. 3-2249 del 27.6.2011, pur mantenendo la piena autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi Servizi aziendali"*

Tali interventi programmati a livello regionale sono coerenti con il quadro normativo nel contempo delineato a livello nazionale, in adempimento alle indicazioni europee e rappresentato dai seguenti atti d'indirizzo:

- Accordo Stato-Regioni/Province Autonome del 7.2.2013 recante "Linee d'indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale" che prevede e fornisce indicazioni utili a favorire l'adozione,a livello regionale, di "*sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nelle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità,*

centralizzando almeno su base provinciale le chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale, condividendo con il Sistema di Emergenza-Urgenza le tecnologie e integrando i sistemi informativi regionali, lasciando comunque distinti l'accesso degli utenti alle numerazioni del 118 e della Continuità Assistenziale".

- Intesa Stato-Regioni/Province Autonome del 10.7.2014 contenente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, laddove all'art. 5, comma 12, viene espressamente prevista l'attivazione del "*numero a valenza sociale 116.117 dedicato al Servizio di Guardia Medica non urgente*", demandando ad apposito Accordo tra le Regioni ed il Ministero della Salute la definizione delle modalità e dei tempi per la sua realizzazione ed attivazione sul tutto il territorio nazionale. A seguito di tale Accordo "*le Regioni, in quanto Enti utilizzatori del numero, provvederanno ad effettuare tutte le necessarie operazioni tecniche per implementarne l'utilizzo*".

- Decreto n.70/2015, Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera", che al punto 9.2.5 prevede la necessità, nell'ambito degli interventi di razionalizzazione:

  - che le dotazioni tecnologiche delle centrali operative 118 siano messe a disposizione della C.A., *"con indiscutibili benefici in termini di ottimizzazione degli interventi, monitoraggio delle attività e riduzione dei tempi di attesa dell'utenza";*
  - che le Regioni procedano ad una più corretta distribuzione delle postazioni di C.A., con adeguati dimensionamenti in rapporto all'attività attesa ed alla distribuzione territoriale.

A livello nazionale sono tuttora in corso le attività del Tavolo interministeriale-Agenas-Regioni "Proposta di linee d'indirizzo e requisiti minimi per l'attivazione del numero 116.117" preordinate alla definizione di un modello in cui siano individuate le funzioni da assegnare al numero unico e le relative modalità di gestione da parte delle ASL/Distretti.

6.1. Il modello regionale a cui tendere: la centralizzazione delle chiamate di C.A.

Con l'attivazione del numero unico europeo 116117 destinato al servizio di cure mediche non urgenti, ad avvenuta definizione del sopra citato modello di riferimento, le chiamate di C.A. confluiranno, su tutto il territorio regionale, sulle quattro Centrali Operative (di seguito: C.O.) collegate alla piattaforma tecnologica 118.

Il numero unico 116117 si affiancherà pertanto al 118, utilizzando la medesima piattaforma tecnologica, per chiamare la C.A. territoriale.

Nello sviluppo del presente modello compete alla Regione:
- il governo strategico finalizzato a garantire l'omogeneità del servizio sull'intero territorio, dalla fase sperimentale fino alla completa realizzazione del modello a regime;
- il coordinamento delle C.O., anche avvalendosi di professionalità distrettuali;
- il supporto logistico e tecnologico correlato a tale processo,

che procede contestualmente alla realizzazione degli interventi e delle azioni previste per la riorganizzazione del servizio regionale di C.A.

Compete all'A.S.L. ed ai relativi Distretti:
- l'individuazione dell'elenco delle funzioni distrettuali per le quali si rende opportuna l'attivazione della funzione informativa esercitata dal numero unico, sulla base degli indirizzi contenuti nel modello nazionale come declinati a livello regionale;
- la predisposizione degli strumenti informativi relativi alle modalità di accesso e di funzionamento della rete dei servizi a gestione diretta e privati accreditati, per consentire l'efficiente ed efficace funzionamento del servizio erogato dal numero unico;
- la formazione degli operatori tecnici addetti all'espletamento della funzione informativa di competenza del numero unico.

6.2. Fasi del percorso per la realizzazione del progetto "116117"

La messa a disposizione delle risorse tecnologiche condivise con il sistema dell'emergenza sanitaria territoriale, deve tener conto della situazione legata alla applicazione del ruolo unico della medicina generale ed alla progressiva implementazione delle nuove forme organizzative delle Cure primarie di cui al Capitolo 1.

La realizzazione del progetto "116117", a supporto delle Cure primarie, può svilupparsi in fasi successive, come di seguito indicato:

- in fase iniziale possono venire attivate Centrali di ricezione e filtro ovvero di ricezione e smistamento delle chiamate di C.A., nelle ore previste da tale attività.
  Le due varianti possono prevedere:
  - un'azione di filtro effettuata già nella fase di ricezione delle chiamate da parte di medici di Centrale
    oppure
  - la ricezione e lo smistamento della chiamata da parte di operatori tecnici con conseguente spostamento della fase di filtro ai medici di postazione.
    E' comunque sempre il medico che valuta la richiesta e decide se optare per una consulenza telefonica, per una visita ambulatoriale o per una visita domiciliare.

- Contemporaneamente, dove già attive oppure in una fase successiva, quando l'Assistenza primaria abbia attivato in tutto o in parte la sua riorganizzazione sotto forma di AFT/UCCP, potrà essere offerto dalla C.O. un servizio disponibile all'Utenza sulle 24 ore per quanto attiene al collegamento/interfaccia con le seguenti aree:

  - attività di trasporto sanitario non urgente
  - cure domiciliari,
  - cure palliative
  - assistenza ai pazienti cronici
  - attività specialistiche
  - farmacie aperte al pubblico
  - altri servizi individuati dal competente settore regionale

Il Servizio 116117 deve comunque:

- utilizzare un'infrastruttura tecnologica strettamente integrata con quella in uso per il sistema di emergenza urgenza, al fine favorire ogni utile scambio di informazioni e trasferimento di richieste da un Servizio all'altro;
- offrire un servizio il più omogeneo possibile sull'intero territorio regionale nell'arco delle 24 ore;
- prevedere che la richiesta di accesso telefonico sia sempre gestita da un operatore e non da risponditori automatici.

A regime, ad avvenuta piena realizzazione della nuova rete organizzativa dell'Assistenza primaria, nelle ore diurne, notturne, prefestive e festive, la Centrale 116117 potrà quindi essere configurata quale servizio medico non urgente, disponibile nell'arco delle 24 ore: ovvero come centro organizzato di ricezione e di smistamento delle chiamate, per il Servizio di disponibilità delle Cure primarie, facilmente collegabile con altre Centrali e con altri Servizi sanitari al fine

di favorire una più efficace ed integrata risposta alla diverse esigenze di salute espresse dall'Utenza.

Fin dalla prima fase è necessario che il Distretto sia direttamente coinvolto:

- nell'individuazione degli standard per l'attivazione del servizio,
- nella comunicazione e condivisione del percorso con gli stakeholders,
- nella valutazione dei risultati ottenuti, onde poter effettuare le necessarie manovre correttive nella programmazione dei volumi di attività e relativi budget assegnati ai diversi servizi.

6.2.1 Modalità operative

A monte devono essere definite alcune scelte organizzative quali:

- l'ampiezza del territorio e della popolazione di riferimento per ciascuna Centrale,
- l'afferenza gestionale del servizio alle ASR.

Non appena disponibili:

- l'integrazione con la piattaforma infrastrutturale S.E.S.T. 118,
- un numero di Operatori adeguato rispetto al bacino di utenza da coprire,
- le informazioni necessarie per rispondere alle richieste formulate dai cittadini per le funzioni previste dal nuovo servizio,

potrà essere attivato, sempre per distretto telefonico o per multipli di esso, il Servizio 116117 in grado di fornire nelle 24 ore informazioni ai cittadini in ordine alle modalità di accesso ai servizi sanitari non urgenti.

Tale servizio costituisce la modalità di accesso alle cure primarie territoriali non urgenti e potrà essere operativo sia nel periodo in cui ancora è attivo il servizio di C.A., sia quando sarà attiva la rete AFT/UCCP.

6.2.2. Sala operativa "116 117"

Informatica

In relazione alla attivazione della centrale per la continuità assistenziale, la dotazione informatica del servizio di emergenza 118, deve prevedere la gestione della continuità assistenziale per:

- la ricezione delle richieste e collegamento con le postazioni;
- il movimentazione dei mezzi dedicati alla C.A.;
- il trasferimento delle schede dal sistema di C.A. a quello di Emergenza e viceversa.

Il progetto del numero europeo 116117 prevede l'accorpamento delle attuali diverse opzioni di risposta nelle centrali di C.A., a partire dalla centrale della città di Torino (5 postazioni di C.O.), per estenderlo poi alla gestione del territorio provinciale (fino a 12 postazioni di C.O.).
A regime, ogni centrale 118 avrà la corrispondente centrale di C.A. relativa al proprio territorio.

Telefonia

Il Sistema 118 condividerà, a fronte di ampliamenti delle tecnologie dedicate al sistema di emergenza, gli apparati dedicati alla telefonia ed i sistemi di registrazioni delle chiamate con la nuova sala 116117.

6.3. Sperimentazione regionale sul territorio torinese (AA.SS.LL. To 1 e To2)

Nelle more dell'implementazione del numero unico 116.117 sul quale confluiranno, a regime, tutte le chiamate dirette al servizio di C.A. sul territorio regionale, viene avviata una prima fase sperimentale sul territorio della città di Torino.

L'obiettivo della sperimentazione, perseguito attraverso l'integrazione del servizio di C.A. con il sistema 118, è quello intercettare preventivamente la domanda a bassa intensità assistenziale indirizzandola, ove possibile, ai servizi distrettuali e alla medicina di territorio.

Il modello prevede l'utilizzo del numero 5747, già attualmente operativo per le chiamate di C.A. sul territorio delle AA.SS.LL. To1 e To2, con estensione del servizio nell'arco della giornata, come di seguito indicato:

a) in orario notturno e nei giorni prefestivi e festivi, rientranti nella competenza del servizio di C.A., il numero 5747 continua ad essere operativo per le chiamate dirette a tale servizio;
b) negli orari diurni (in fase sperimentale: h 8,00-20,00), non rientranti nella competenza del servizio di C.A., è possibile rivolgersi al numero 5747 per ottenere informazioni e ogni riferimento utile riguardo all'accesso ed al collegamento con la rete dei servizi garantiti dall'ASL sulle seguenti aree di attività territoriale:

    - rete dei servizi distrettuali,
    - rete dell'assistenza primaria,
    - cure domiciliari,
    - servizi specialistici ambulatoriali,
    - Nuclei Distrettuali di Continuità delle Cure (NDCC),
    - servizi e procedure CUP,
    - farmacie aperte al pubblico.

Rispetto alle chiamate indicate al punto a), rientranti nell'ordinario servizio di competenza della C.A., il servizio 5747 provvede alla gestione clinica della richiesta e pertanto la C.O. che riceve le chiamate procede al loro smistamento sulle singole postazioni territoriali di C.A.

Rispetto alle chiamate indicate al punto b), il numero unico costituisce il riferimento per la richiesta di informazioni riguardo alle suddette attività e per il collegamento con i relativi soggetti erogatori.

Pertanto, negli orari diurni, il numero unico non è destinato alla gestione clinica della chiamata bensì a rappresentare un servizio e uno strumento a supporto del distretto e della rete delle cure primarie, sia come punto informativo sulle attività sanitarie territoriali, sia come ambito di filtro e di distribuzione delle chiamate e/o del loro collegamento con la rete territoriale dei servizi/strutture dell'ASL.

6.4. Indirizzi per la riorganizzazione del Servizio di C.A.

Contestualmente all'avvio della fase sperimentale come descritta al punto 3, occorre procedere alla riorganizzazione dei servizi di C.A. al fine di pervenire ad una più corretta distribuzione degli stessi sul territorio regionale.

Partendo dall'attuale articolazione territoriale della C.A., e tenendo conto del nuovo assetto distrettuale e della rete delle cure primarie come delineato nel Capitolo 1, occorre perseguire le seguenti strategie di riordino del servizio di C.A.:

- definire una redistribuzione sul territorio delle postazioni, recuperando le ridondanze , al fine di agevolare l'integrazione professionale e la condivisione dei dati clinici inerenti alle attività dei singoli medici dell'assistenza primaria (h 12) e della continuità assistenziale (h 24);

- prevedere, nel rispetto dell'autonomia organizzativo-funzionale dei rispettivi servizi aziendali, una progressiva centralizzazione delle attività di continuità assistenziale come descritta al precedente punto 2.3, con particolare riferimento all'adozione di sistemi di ricezione delle richieste di assistenza primaria nell'arco delle 24 ore finalizzati ad assicurare la continuità delle cure e ad intercettare prioritariamente la domanda a bassa intensità, anche al fine di ridurre l'uso improprio del Pronto Soccorso ospedaliero;

- prevedere la fruizione da parte della C.A. dei dati clinici condivisi relativi alla scheda sanitaria informatizzata del paziente attraverso la dotazione di sistemi informatici , con particolare attenzione ai paziente già in carico alle UCCP;

- valutare l'inserimento della presenza infermieristica nella C.O., a supporto delle attività mediche, con particolare riferimento a quelle inerenti all'area delle cronicità.

Il disegno organizzativo deve tendere a costituire una rete complessiva, integrata e coordinata, dell'Assistenza primaria sul territorio.

Bur n. 53 del 06/07/2012

(Codice interno: 241095)

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1

Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. All'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 dopo il comma 1 è inserito il seguente:

"1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.".

2. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 la parola *"triennio"* è sostituita con la parola *"quinquennio"*.

3. Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) è compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano, lagunare e del polesine, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

4. Viene individuata la figura del direttore generale alla sanità e al sociale, nominato dal Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale. Al direttore generale alla sanità e al sociale competono la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, individuati dagli organi regionali, nonché il coordinamento delle strutture e dei soggetti che a vario titolo afferiscono al settore socio-sanitario. L'incarico di direttore generale alla sanità e al sociale può essere conferito anche ad esperti e professionisti esterni all'amministrazione regionale, con contratto di diritto privato a tempo determinato, risolto di diritto non oltre sei mesi successivi alla fine della legislatura.

Art. 2

Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012-2016

1. In attuazione dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", degli articoli 2 e 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni, in coerenza con il vigente Piano sanitario nazionale e con il Programma regionale di sviluppo (PRS) approvato con legge regionale 9 marzo 2007, n. 5 "Programma regionale di sviluppo (PRS)", è approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2012-2016.

3. Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 è attuato dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, adottati dalla Giunta regionale entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e trasmessi alla competente commissione consiliare, che esprime il proprio parere entro e non oltre sessanta giorni dalla data di ricevimento, trascorsi i quali si prescinde dal parere stesso.

4. Sui provvedimenti adottati ai sensi del comma 3, la Giunta regionale acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e successive modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali si intende espresso favorevolmente.

5. La Giunta regionale, acquisiti i pareri di cui ai commi 3 e 4, approva i provvedimenti di attuazione di cui al comma 3 nei trenta giorni successivi.

6. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Art. 3

Norma transitoria

1. Il Piano socio-sanitario regionale ha durata e validità per il quinquennio 2012-2016. Fino all'approvazione del piano socio-sanitario regionale successivo mantengono piena validità le norme e le disposizioni del piano stesso.

2. Le disposizioni del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998 mantengono la loro efficacia sino a quando non siano approvati gli specifici provvedimenti di attuazione di cui all'articolo 2, comma 3.

Art. 4

Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112"

1. Il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

"8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo.".

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono inseriti i seguenti commi:

"8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;

b) al rispetto della programmazione regionale;

c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatorie rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili.".

3. È abrogato l'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

Art. 5

Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono sostituiti dai seguenti:

"1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.".

2. L'espressione "direttore dei servizi sociali" si intende sostituita dall'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.

Art. 6

Modifiche all'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. Il comma 2 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

"2. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:

a) servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;

b) servizio di igiene e sanità pubblica;

c) servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;

d) servizi veterinari;

e) servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.".

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente:

"4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.".

Art. 7

Inserimento dell'articolo 7 bis "Organizzazione dei settori strategici" nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificatodal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. Dopo l'articolo 7 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente articolo:

"Art. 7 bis

Organizzazione dei settori strategici

1. Le unità operative complesse e/o dipartimentali relative a:

a) provveditorato;

b) anatomia patologica;

c) risorse umane;

d) gestione della logistica;

vengono allocate per ambiti territoriali ottimali. La Giunta regionale definisce, con atto programmatorio, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, le modalità attuative della riorganizzazione da attuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.".

2. Con riferimento alle unità operative complesse e/o dipartimentali inerenti il sistema informativo e l'Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, la tempistica per la relativa attuazione.

Art. 8

Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

1. Entro il 31 dicembre 2012 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS, secondo quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

2. Entro il 30 giugno 2013 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce i costi standard per le prestazioni sanitarie funzionali all'erogazione dei LEA.

3. A partire dal 2014 il riparto della risorse da destinare alle aziende ULSS per l'erogazione dei LEA è determinato sulla base delle dotazioni e dei costi standard come definiti ai commi 1 e 2.

Art. 9

Schede di dotazione ospedaliera

1. La Giunta regionale adegua, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, le schede di dotazione ospedaliera, di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 "Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 in materia sanitaria" e successive modificazioni e all'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998" e successive modificazioni, alle disposizioni previste dal presente PSSR. Le schede definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende ULSS, dell'Istituto oncologico veneto (IOV), delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate, indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa e semplice a valenza dipartimentale e il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore.

2. La Giunta regionale ridefinisce la rete dei presidi di emergenza-urgenza in modo da garantire a tutti i cittadini, compresi quelli residenti nei territori lagunari, montani e a bassa densità di popolazione, un accesso in tempi garantiti a soccorsi adeguati, secondo i criteri definiti nell'allegato A, paragrafo 3.2.4.

3. La specificità della Provincia di Belluno, così come previsto dall'articolo 15 dello Statuto, nelle schede di dotazione ospedaliera di cui al comma 1 si attua riconoscendo l'organizzazione policentrica a rete ed il suo integrale finanziamento, tenendo espressamente conto dei maggiori costi da ciò derivanti.

4. È abrogato il comma 7 dell'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.

5. Sono abrogate tutte le disposizioni regionali in contrasto con il presente articolo.

Art. 10

Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

1. La Giunta regionale approva, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie.

3. Sono fatte salve le specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

Art. 11

Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

1. Il direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliere, ospedaliero-integrate e dell'Istituto oncologico veneto (IOV) procede al conferimento degli incarichi di dirigenti apicali di unità operativa complesse rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.

2. La Giunta regionale provvede, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schema-tipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:

a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;

b) valorizzazione dei collaboratori;

c) soddisfazione degli utenti;

d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

3. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 2 determina la conferma dell'incarico.

Art. 12

Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. L'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è sostituito dal seguente:

"Art. 115

Relazione sanitaria

1. Entro il 30 giugno di ogni anno la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, tramite la competente commissione consiliare, la relazione sanitaria comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione, dello stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione.

2. Gli Assessori regionali alla sanità e al sociale sono tenuti a relazionare, con cadenza semestrale, in aprile e in ottobre di ogni anno, alla competente commissione consiliare in ordine all'andamento della spesa sanitaria e sociale dell'anno in corso.".

2. Il comma 4 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è abrogato.

Art. 13

Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112"

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente:

"5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale.".

2. Dopo il comma 5 bis dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente comma:

"5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni.".

Art. 14

Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

1. Compatibilmente con le disponibilità delle risorse di bilancio, la Giunta regionale è autorizzata a concedere alle aziende sanitarie che presentino particolari difficoltà di cassa per effetto della durata del processo di ricapitalizzazione degli investimenti non sterilizzati in attuazione degli accodi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio, una anticipazione finanziaria straordinaria necessaria a far fronte alle esigenze di pagamento dei debiti risultanti dallo stato patrimoniale delle stesse al netto dei crediti residui.

2. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento i criteri, le modalità di accesso e utilizzazione, nonché di restituzione dell'anticipazione di cui al comma 1 nel rispetto comunque delle disposizioni normative in materia di armonizzazione dei bilanci della pubblica amministrazione di cui al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42" e successivi decreti attuativi.

Art. 15

Trasparenza

1. Tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione in base alle quali erogano dei servizi, hanno l'obbligo di rendere pubblico quanto percepito.

2. Le persone giuridiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante la pubblicazione sui propri siti internet dei bilanci annuali, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

3. Le persone fisiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante l'affissione nella sede in cui operano, negli spazi accessibili agli utenti, di un prospetto dal quale risulti quanto percepito, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

4. La pubblicazione deve avere, in ogni caso, le caratteristiche della completezza, della facile accessibilità da parte degli utenti ed evidenziare in maniera adeguata quanto ricevuto dalla pubblica amministrazione.

5. I soggetti che non adempiano o adempiano in modo parziale e/o difforme all'obbligo di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, sono soggetti ad una diffida e ad una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra un minimo del 10 per cento e un massimo del 20 per cento di quanto percepito a titolo di finanziamento pubblico nell'ultimo anno. In caso di reiterazione, non possono più essere destinatari di pubblici finanziamenti né di convenzioni con la pubblica amministrazione.

6. L'applicazione delle sanzioni è di competenza dell'azienda ULSS nel cui territorio sono accertate le trasgressioni. Le aziende ULSS introitano i relativi proventi.

Art. 16

Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

1. La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative.

Art. 17

Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. La disciplina di cui all'articolo 37, commi 2, 3, 4 e 5 della legge regionale 19 febbraio 2007, n. 2 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007" è confermata per il triennio 2013-2015.

Art. 18

Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. Nel comma 3 bis dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 il termine *"novanta"* è sostituito con il termine *"sessanta"*.

Art. 19

Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 "Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)"

1. All'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 è aggiungo il seguente comma:

"2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario regionale.".

Art. 20

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 29 giugno 2012

Luca Zaia

INDICE

Art. 1 - Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 2 - Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012-2016

Art. 3 - Norma transitoria

Art. 4 - Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112"

Art. 5 - Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 6 - Modifiche all'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 7 - Inserimento dell'articolo 7 bis "Organizzazione dei settori strategici" nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 8 - Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

Art. 9 - Schede di dotazione ospedaliera

Art. 10 - Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

Art. 11 - Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

Art. 12 - Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 13 - Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112"

Art. 14 - Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

Art. 15 - Trasparenza

Art. 16 - Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Art. 17 - Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 18 - Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

Art. 19 - Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 "Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)"

Art. 20 - Entrata in vigore

Dati informativi concernenti la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

1 - Procedimento di formazione

2 - Relazione al Consiglio regionale

3 - Note agli articoli

4 - Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta del Presidente Luca Zaia, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 26 luglio 2011, n. 15/ddl;

- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 27 luglio 2011, dove ha acquisito il n. 190 del registro dei progetti di legge;

- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta commissione consiliare;

- La Quinta commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 5 aprile 2012;

- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, consigliere Leonardo Padrin e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, consigliere Claudio Sinigaglia, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 20 giugno 2012, n. 19.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a distanza di quindici anni dall'adozione del Piano socio-sanitario regionale, con legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si ravvisa la necessità di rivedere i contenuti della programmazione in materia, nell'intento di adeguare il sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

L'analisi di contesto evidenzia, infatti, il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte, ad esempio, dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

Nel corso di questi anni sono stati, peraltro, introdotti alcuni elementi significativi che definiscono la cornice istituzionale. Il Patto per la salute 2010-2012, secondo l'intesa sottoscritta il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha definito le linee programmatiche e le risorse per la Sanità nel triennio, prevedendo come azione strategica l'avvio di un monitoraggio sistematico dei fattori di spesa. Nello specifico gli ambiti strategici indicati, su cui operare

per qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni degli assistiti, sono:

- riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- accordi sulla mobilità interregionale;
- assistenza territoriale e post acuta;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili;
- rilancio delle attività di prevenzione.

La manovra finanziaria 2010, con le disposizioni sul settore sanitario contenute nella legge n. 122/2010, di conversione del DL n. 78/2010, ha introdotto nuovi vincoli alla gestione economico finanziaria del SSR.

Inoltre, il tema del federalismo costituisce oggi uno dei capisaldi su cui riformare il sistema ed una direttrice prioritaria lungo la quale sviluppare i contenuti e le finalità della programmazione regionale. Più precisamente la legge n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, dispone il superamento graduale del criterio della spesa storica nei settori di competenza regionale, in particolare nella Sanità, normando il passaggio ad un sistema di finanziamento sulla base dei costi standard.

L'attuazione dei suddetti provvedimenti, che hanno un forte impatto sulla programmazione socio-sanitaria regionale, richiede, conseguentemente, l'individuazione di misure di ridefinizione dei livelli regionali di assistenza e una razionalizzazione del profilo prestazionale.

In tale contesto appare, perciò, ineludibile un'opera di adeguamento del SSSR veneto a partire dal livello programmatorio.

In questa nuova fase di programmazione si è ravvisata la necessità di rafforzare ed innovare le scelte di politica sanitaria, socio-sanitaria e sociale con particolare riferimento all'integrazione socio-sanitaria, alla sostenibilità del sistema, all'innovazione tecnologica ed organizzativa e alla misurabilità e trasparenza delle azioni intraprese.

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:

- confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;
- potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure graduali;
- completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

L'implementazione di queste strategie vuole, altresì, rappresentare la garanzia di uniformità assistenziale per tutti gli assistiti del Veneto ed il superamento di differenze territoriali ed organizzative.

L'iter per la predisposizione del disegno di legge relativo al Piano socio-sanitario regionale è iniziato, presso le strutture della Giunta regionale, con una serie di audizioni con i rappresentanti delle aziende sanitarie, con gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, con le OO SS maggiormente rappresentative, con rappresentanti degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, con esponenti del volontariato, del privato sociale e delle associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, al fine di aprire un confronto ed acquisire contributi utili per la predisposizione del disegno di legge.

Successivamente è stata promossa la costituzione di due Tavoli Tecnici Permanenti, l'uno con l'Università e l'altro con una rappresentanza delle aziende sanitarie, delle parti sociali, sindacali e del volontariato, definendo momenti periodici di confronto su specifiche aree tematiche. È stata inoltre ricostituita ed attivata la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Dopo l'approvazione da parte della Giunta regionale (avvenuta in data 26 luglio 2011), l'iter del PDL n. 190 è proseguito presso la Quinta Commissione consiliare che, dopo la presentazione tenutasi in data 2 agosto 2011, ha provveduto in data 23, 24, 26 e 27 settembre 2011 a consultazioni di carattere generale, effettuate sia con il metodo tradizionale (presso la sede del Consiglio regionale), sia on line, al fine di acquisire il maggior numero possibile di interventi da parte di soggetti comunque interessati.

Successivamente la Quinta Commissione ha esaminato e discusso approfonditamente il testo del PDL n. 190, estendendone la durata temporale da triennale a quinquennale e ha inserito nell'articolato una serie di disposizioni di carattere programmatorio, essenziali per meglio definire la cornice entro la quale verrà data concreta attuazione al Piano stesso.

Tra queste si ricordano:

- la definizione del bacino di riferimento delle Aziende ULSS, compreso fra i 200.000 e 300.000 abitanti, fatte salve le specificità territoriali (articolo 1, comma 3);

- l'introduzione della figura del Direttore generale della sanità e del sociale, nominato dal Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale (articolo 1, comma 4);

- alcune importanti disposizioni relative ai direttori generali: la durata triennale dell'incarico; il limite di età posto a 65 anni; i criteri e la metodologia per la valutazione (articolo 4);

- l'introduzione della figura del Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale (articolo 5);

- la durata triennale dell'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione (articolo 6);

- l'organizzazione dei settori strategici provveditorato, risorse umane e gestione della logistica per ambiti territoriali ottimali (definiti dalla Giunta regionale con atto programmatorio), mentre con riferimento ai settori strategici sistema informativo e Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. In entrambi i casi si prevede il parere vincolante della Quinta Commissione sui provvedimenti di Giunta (articolo 7);

- l'introduzione delle le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni ULSS, tenendo conto sia dell'articolazione distrettuale sia della distribuzione delle strutture sul territorio regionale, da approvare contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera (articolo 9);

- le modalità di conferimento e di valutazione dei dirigenti apicali delle strutture operative complesse dove, in particolare, si prevede che l'esito positivo della valutazione determini la conferma nell'incarico (articolo 11);

- la norma sulla "Trasparenza" che introduce l'obbligo per tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione, in base alle quali erogano dei servizi, l'obbligo di rendere pubblici (mediante inserimento nei siti internet e comunque in modo facilmente accessibile), i propri bilanci annuali, per le parti inerenti il finanziamento pubblico, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento, con la previsione di sanzioni nel caso di mancato rispetto di tale disposizione, che può arrivare alla impossibilità di essere destinatari di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione (articolo 14).

La Quinta Commissione ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta n. 66 del 5 aprile 2012 esprimendo a maggioranza (con il voto a favore di PDL e Lega Nord; l'astensione di Partito Democratico, Unione di Centro e Italia dei Valori; il voto contrario di Gruppo Misto e Federazione della Sinistra Veneta), parere favorevole in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.";

UDITA la relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il Vicepresidente della stessa, consigliere Claudio SINIGAGLIA, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a) Un'attesa lunga 16 anni

Meglio tardi che mai! Era ora! Finalmente! Sono le espressioni liberatorie e consolatorie che hanno accompagnato l'adozione di questo Piano. Fin dall'inizio dell'attuale legislatura, come peraltro nelle due legislature precedenti, le forze politiche di opposizione hanno costantemente sollecitato la Giunta regionale e i gruppi di maggioranza a dotare il Veneto di un nuovo Piano socio-sanitario, necessario per dare ai cittadini risposte adeguate ai nuovi bisogni e garantire a tutti il diritto alla salute. L'ultimo Piano approvato dal Veneto risale al lontano 1996. Da allora sono stati approvati ben quattro Piani sanitari nazionali (1998-2000; 2003-2005; 2006-2008; 2011-2013) e due Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per addivenire a nuovi Patti sulla salute (2006-2008 e 2010-2012). Mentre la nostra Regione perseverava in una avvilente inerzia, le Regioni più avanzate del centro nord, che fino agli anni novanta copiavano dal Veneto, hanno provveduto ad aggiornare o a riscrivere la programmazione sanitaria: Emilia-Romagna (nel 2003), Piemonte (nel 2007), Toscana (nel 2008), Lombardia (nel 2010).

Ma il Veneto oramai è abituato a piazzarsi in fondo alla classifica. Dopo aver impiegato 11 anni per varare il nuovo Statuto regionale ed essere arrivato ultimo nell'approvazione di finanziaria e bilancio 2012, con l'aggravio dell'esercizio provvisorio, ora conquista un'altra "maglia nera", quella dell'approvazione di un nuovo Piano socio sanitario dopo ben 16 anni! È evidente che piuttosto di governare i processi li subiamo!

b) Le criticità del sistema

Negli stessi anni in cui non si aggiornava la programmazione, si ampliava a dismisura il "buco" nei conti della sanità veneta amministrata da Lega Nord e PDL: dopo un lungo e abile occultamento mediatico, si è scoperto che la verità era persino peggiore di quanto l'opposizione denunciava: una voragine di 1.350 milioni di euro a cui il Veneto dovrà far fronte nei prossimi 25 anni. Un'ipoteca di 40 milioni di euro all'anno che grava pesantemente sul futuro.

Ora il quadro si complica e non poco perchè oltre al ripiano, dovremo far fronte a una forte riduzione di risorse: nel 2013/2014 è già previsto un minor stanziamento del SSN di 8,5 miliardi di euro, vale a dire circa 800 milioni in meno per il Veneto!

Ma ciò che sta profondamente mutando sono le sfide assistenziali che dovremo affrontare nei prossimi anni. Da un lato il problema dell'invecchiamento e della non autosufficienza che investe la nostra Regione con 10-15 anni di anticipo rispetto al resto dell'Europa e con percentuali elevatissime. Indice di vecchiaia medio ormai a 140 con alcune ULSS che hanno superato quota 185!

Dall'altro il consolidarsi di gruppi di popolazione che vivono condizioni di vita legate alla cronicità, o portatori di particolari patologie che comportano interventi assistenziali ad alto impatto di costi con l'utilizzo di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati, messi a disposizione dal progresso tecnologico e farmacologico.

A tutti i cittadini deve essere garantito l'accesso ai migliori servizi, a tutti la garanzia della qualità delle cure!

Per affrontare con successo queste sfide in primo luogo è necessario dare appropriatezza agli interventi e risolvere le criticità del sistema, così impietosamente descritte nel Piano da diventare un preciso atto di accusa nei confronti di chi ha governato, e non ha governato bene: perché senza programmazione è cresciuta a dismisura la disomogeneità dei servizi e delle strutture nel Veneto, e perché ha prevalso la discrezionalità delle scelte, rispetto alla giustizia e all'equità della distribuzione delle risorse e delle risposte; nel paragrafo 1.5 dell'Allegato A infatti vengono riconosciute:

- la disomogeneità tra le Aziende ULSS, con rilevanti differenze nell'offerta (per es. la distribuzione della dotazione di posti letto per acuti e per la riabilitazione), nell'attribuzione delle risorse per i LEA (da 1.500 a 2.600 euro il divario tra le ULSS nel riparto), nella costruzione di nuovi ospedali realizzati in project financing che hanno avuto il risultato di premiare alcune aree, ma di ingessare la programmazione, di offrire alta remuneratività ai concessionari e di sottrarre imponenti risorse all'erogazione dei LEA e dei servizi per tutti;

- la progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera, arrivata al 7 per cento e ascrivibile non solo alle ULSS confinanti con altre Regioni, ma anche ad importanti specialità come ortopedia, oncologia, riabilitazione;

- le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche e la diagnostica; ormai, purtroppo, dobbiamo parlare di liste d'attesa anche per l'inserimento dei disabili nei centri diurni e nelle comunità residenziali. Un diritto negato che stride con i proclami che "il sociale non è stato toccato": viene toccato, eccome!

- il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni (per es. Pronto soccorso).

c) Il ruolo della Quinta Commissione nella stesura del piano

La proposta di Piano adottata a luglio 2011 dalla Giunta regionale è stata ampiamente rivista dalla Quinta Commissione Sanità e Sociale, che ha fatto tesoro delle osservazioni e dei suggerimenti emersi nel corso delle audizioni dei soggetti a vario titolo coinvolti, dagli enti locali alle università, dal terzo settore al sindacato, dai rappresentanti dei medici alle organizzazioni delle professioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie. L'articolato di legge si è così arricchito, passando da un solo articolo a 15 articoli. Il lavoro della Commissione ha confermato e preservato l'impostazione strutturale del modello veneto, fondato su:

- l'integrazione socio-sanitaria;

- la classificazione della rete ospedaliera;

- la garanzia della rete di emergenza/urgenza;

- la programmazione di strutture e servizi del territorio per la continuità delle cure e dell'assistenza e per la presa in carico delle persone.

Oltre ad aver richiesto con forza una nuova programmazione socio-sanitaria, anche attraverso un apposito consiglio straordinario tenutosi a ottobre 2010, i consiglieri dei gruppi di opposizione hanno lavorato con spirito costruttivo per migliorare il nuovo Piano socio-sanitario. Infatti, il diritto fondamentale alla salute è una questione che non può essere lasciata all'appartenenza partitica e non deve essere decisa su questa base, ma ci deve vedere tutti impegnati a tradurre in servizi, e nel miglior modo possibile, gli 8,6 miliardi di euro a disposizione nel bilancio di previsione per il 2012. Le scelte devono essere compiute assicurando la massima trasparenza nell'utilizzo dei finanziamenti, e prendendo in considerazione esclusivamente il merito e le competenze per l'organizzazione dei servizi e per l'assistenza e la cura delle persone. Ci siamo impegnati per garantire questi principi, così come ci impegneremo costantemente per garantire l'integrazione socio-sanitaria e l'equità nell'accesso ai servizi, compresa l'alta tecnologia. Le scelte devono comunque essere compiute sulla base di dati oggettivi, scientifici ed epidemiologici, prendendo in considerazione in primo luogo le trasformazioni demografiche (20 per cento della popolazione oltre i 65 anni, 10 per cento oltre i 75) e l'aumento della cronicità (1,5 milioni di cittadini veneti sono esentati dal pagamento dei ticket perché affetti da patologie croniche).

Abbiamo chiesto chiarezza sulla governance; ciò che è scritto ci soddisfa solo in parte. È positiva la valutazione annuale dei direttori generali delle ULSS. La Giunta regionale valuterà il rispetto degli indirizzi di bilancio, la Quinta Commissione consiliare valuterà il rispetto della programmazione e la Conferenza dei sindaci valuterà l'organizzazione dei servizi nel territorio.

Riteniamo importante l'introduzione delle Schede di dotazione Territoriale (vera novità del Piano!) che programmeranno le strutture intermedie (ospedali di comunità, hospice, strutture per l'alzheimer e la sclerosi multipla, assistenza infermieristica domiciliare...) e i servizi del territorio. Le schede di dotazione ospedaliera e territoriale sono state concepite e devono essere utilizzate come "vasi comunicanti": per questo viene prescritta l'approvazione contestuale, "sentita la competente commissione consiliare che esprime parere obbligatorio e vincolante" (art. 9, c. 1). Se le degenze ospedaliere diventeranno più brevi, se i posti letto saranno ridotti a 3 ogni mille abitanti, la "regola aurea" dovrà essere la seguente: riduzione dei posti letto ospedalieri solo dopo la creazione dei servizi nel territorio. Non firmeremo cambiali in bianco alla Giunta!

La definizione del direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali, responsabile del piano di zona e del funzionamento dei distretti, dovrebbe garantire maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi territoriali e attivare l'integrazione sociosanitaria; le medicine integrate di gruppo dovrebbero cambiare le modalità di lavoro dei medici di base e assicurare dalle ore 8:00 alle ore 20:00 la copertura del servizio.

Quanto mai opportuna è l'operazione trasparenza, ovvero l'obbligo di pubblicazione dei bilanci di tutti i soggetti che ricevono finanziamenti dalla Regione Veneto in ambito socio-sanitario; così come l'inclusione dei centri servizi per anziani nella filiera assistenziale del territorio: i CSA potranno contenere nuclei di strutture intermedie e diversificare le attività in accordo con l'ULSS e i Comuni (nella ormai disperata attesa della riforma delle IPAB). Giudizio positivo anche sulla regionalizzazione dell'informatizzazione e dell'acquisto dell'alta tecnologia sanitaria.

d) Le gravi carenze

Nonostante questi miglioramenti apportati dal lavoro in commissione, il piano presenta ancora molte carenze. Segnaliamo in particolare:

1) la discrezionalità delle linee guida: i criteri della rete ospedaliera lasciano ampia libertà di scelta nell'applicazione; c'è il rischio di accentramento nell'ospedale principale (hub) e di svuotamento della rete ospedaliera territoriale (spoke); anche la rete di emergenza/urgenza non è chiaramente definita;

2) la mancanza di indicazioni su quali ospedali verranno riconvertiti in strutture intermedie, ospedali di comunità o monospecialistici; le schede di dotazione ospedaliera e le schede di dotazione territoriale sono previste ma non allegate, e quindi al momento ignote;

3) la scarsità di indicazioni per potenziare la rete di riabilitazione, la cui insufficienza è peraltro riconosciuta dalla stessa Giunta come causa di mobilità passiva;

4) la carente organizzazione e progettualità sociosanitaria, delineate con superficialità e senza innovazione programmatica, soprattutto negli ambiti della disabilità, della salute mentale, dell'infanzia/famiglia/adolescenza, degli anziani e delle dipendenze;

5) la mancata definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS);

6) l'assenza di criteri per il finanziamento delle aziende ULSS e ospedaliere.

Si segnala inoltre che:

7) l'organizzazione dei servizi distrettuali non convince per la sovrapposizione nei ruoli del direttore del distretto, del direttore del territorio e del direttore delle unità operative trasversali (cure primarie, specialistica, cure palliative, famiglia e disabilità);

8) le professioni sanitarie e sociosanitarie non vengono adeguatamente valorizzate;

9) la durata triennale dell'incarico dei direttori generali è troppo breve e rischia di produrre "yes men"!

e) Un piano monco

In sintesi, siamo di fronte a una serie di linee guida, più che a un vero e proprio piano programmatico, perché mancano elementi fondamentali: l'indicazione su come ripartire le risorse per i vari interventi e quali saranno le scelte vere, sugli ospedali e sul territorio.

In secondo luogo, si tratta di un Piano sanitario più che socio-sanitario: infatti, nonostante le enunciazioni di principio, all'integrazione socio-sanitaria sembra attribuita una funzione "ancillare". Le risposte nel sociale sono sempre più incerte e il terzo settore, il privato sociale, i protagonisti, assieme agli enti locali, del welfare di comunità, sono disorientati e in attesa... in attesa delle rette di riferimento, dell'accordo programmatico, della definizione dei LIVEAS... e in questa attesa sconcerta vedere Marco, come tanti altri, dover manifestare per poter entrare nei Ceod, sconcerta veder l'ennesima protesta della FISH a palazzo Ferro Fini per richiamare l'attenzione sui loro diritti: diritto alla vita indipendente, agli interventi di sollievo, alla riabilitazione... ci chiediamo: perché facciamo ricadere il peso della crisi sulle persone e famiglie più fragili e vulnerabili? In ragione di ciò, nel corso della discussione d'Aula proporremo un'organica riscrittura del paragarafo 3.5 dell'Allegato A, dedicato alle "Aree di intervento sociale e sanitario".

In terzo luogo, se è condivisibile che l'ospedale sia finalizzato alla cura delle acuzie, e di conseguenza ridotti i posti letto ospedalieri e ridefinite le loro funzioni, devono però essere individuati con chiarezza tutti i "luoghi" dedicati alla cura, poiché la cronicità, le malattie degenerative, la non autosufficienza, la disabilità riguardano una grande e crescente quantità di persone, che necessitano di una pluralità di interventi e di aiuti di natura diversa. In tale ambito occorre definire quali siano le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria ovvero quelle prestazioni che per la particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria devono essere assicurati dalle ULSS e ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza a totale carico del fondo sanitario, a prescindere dal luogo di erogazione: dalle strutture intermedie, ai centri servizi, all'hospice, dalle case di riposo alle strutture semiresidenziali e residenziali, alle altre tipologie organizzative e a domicilio.

f) Conclusioni

Possiamo concludere dicendo che il nuovo piano è, almeno per il momento, un "collage" di buone intenzioni e di contraddizioni: si ammette il problema delle liste d'attesa, ma non si prospetta alcuna soluzione per ridurle; non si investe sulla tessera sanitaria elettronica; in tutto il mondo i sistemi sanitari si stanno riorganizzando al fine di mantenere il livello di assistenza erogato nonostante la diminuzione delle risorse, e la Day Surgery è espressione di una generale tendenza alla razionalizzazione e alla riorganizzazione delle attività chirurgiche, che privilegia la primarizzazione delle cure e la deospedalizzazione. Negli USA, in Gran Bretagna e nei paesi del Nord Europa si è arrivati ad un tasso di riconversione ospedaliera vicino all'80 per cento. Quale percentuale si intende raggiungere nel Veneto? Quale obbiettivo ci si pone?

Manca la programmazione per la costruzione e la manutenzione degli ospedali. Molte questioni decisive per il futuro del nostro sistema sanitario restano senza risposta. Significativa è l'affermazione contenuta nel par. 5.2 "Il finanziamento degli investimenti", dove vengono drammaticamente prefigurate "notevoli criticità alla potenzialità di finanziare investimenti futuri, destinati al rinnovamento degli impianti e delle attrezzature o a mantenere adeguato il quadro tecnologico". Siamo arrivati a questo punto? E di chi è la responsabilità?

Dopo aver utilizzato in modo spregiudicato il project-financing si sono bloccati gli investimenti. Ci chiediamo: si farà (e come) il nuovo ospedale di Padova? E sul centro protonico di Mestre qual è la posizione della Giunta e della sua maggioranza? E su Borgo Roma?

Siamo senz'altro di fronte ad una partita molto articolata, e come ogni partita si gioca su più tempi. Ora siamo al primo tempo, quello degli obbiettivi, delle linee guida, della cornice organizzativa, ma la veridicità di quanto scritto si vedrà nelle schede ospedaliere e territoriali. O nella successiva possibile ridefinizione dei perimetri delle ULSS. Il non averci consentito la possibilità di conoscere le vere scelte di programmazione del territorio condiziona negativamente il nostro giudizio anche sul primo tempo dell'intera partita.

Ci preoccupa, e molto, l'aver di fronte non una linea politica, ma divergenti e contradditorie scelte della maggioranza. Una maggioranza che vota il Piano in Commissione e viene messa in discussione dalla sua Giunta e dal suo Presidente. E che è sempre divisa! Dopo aver approvato il Piano in Giunta, il Presidente Zaia lo smentisce (quante ULSS? 1, 7, 15 o 22?); dopo aver approvato il Piano in Commissione parte della maggioranza ci ripensa. Possibile? Il Veneto vuole un governo, un percorso chiaro, un PSSR logico e coerente, strutturalmente coerente.

Ci batteremo soprattutto per questo. Non si scherza, non si fa demagogia con la salute della gente.".

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 1

- Il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 6 - Strumenti della programmazione socio sanitaria.

1. La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale.

1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.

2. Il piano socio-sanitario regionale:

a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;

b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al *quinquennio*.

3. Sono strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere:

a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;

b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

4. *(abrogato)*.".

Note all'articolo 2

- Il testo dell'art. 55 della legge n. 833/1978 è il seguente:

"55. Piani sanitari regionali.

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni.".

- Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 56/1994 è il seguente:

"Art. 2 - Compiti della Regione.

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonchè di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

2. La Regione disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.

3. La Giunta regionale vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.

4. La Giunta regionale, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

5. *(omissis)*".

- Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

- Il testo dell'art. 113 della legge regionale n. 11/2001 è il seguente:

"Art. 113 - Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.

1. É istituita la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20 .

2. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria esprime parere:

a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;

b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;

c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;

d) sugli schemi di disegno di legge e di regolamento in materia sanitaria, nonché sulle proposte di legge regionale di natura programmatoria individuate dalla competente commissione consiliare. Il parere sulle proposte di legge, non vincolante, viene espresso entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento, trascorso il quale si prescinde dal parere stesso; (104)

e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

3. Nell'esposizione del parere di cui al comma 2, lettera a), la Conferenza esprime in particolare parere sui seguenti aspetti:

a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;

b) i servizi essenziali da garantire alle persone;

c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;

d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;

e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;

f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

4. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria propone annualmente documenti di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi, sulla base delle informazioni contenute nella relazione sanitaria regionale che la Giunta regionale provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno ai sensi dell'articolo 115. Copia dei documenti di valutazione è trasmessa al Consiglio regionale.

5. Limitatamente a quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria può chiedere alla Regione di revocare i direttori generali delle aziende ospedaliere o di non disporne la conferma.

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;

b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;

c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);

d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCEM).

7. Per la trattazione di argomenti che si riferiscono a funzioni e competenze delle amministrazioni provinciali, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.

8. I componenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 6 sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.

9. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria provvede alla designazione del componente del collegio sindacale spettante all'organismo di rappresentanza dei comuni nelle aziende ospedaliere.

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo.".

- Il testo dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992 è il seguente:

"1. Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i princìpi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei princìpi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) l'assistenza distrettuale;

c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai princìpi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;

b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;

c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;

b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;

c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;

d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;

e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;

f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;

h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;

i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;

b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;

c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;

d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;

e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione

interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.".

- Il testo dell'art. 22 della legge n. 328/2000 è il seguente:

"22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;

c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;

e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;

f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;

g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;

h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;

i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio l983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n, 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni àmbito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;

b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

c) assistenza domiciliare;

d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.".

Note all'articolo 4

- Il testo dell'art. 13 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 13 - Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

1. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione.

2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.

3. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonchè della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.

4. Al direttore generale spetta la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.

5. Il direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 si avvale dell'unità controllo di gestione.

6. Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali.

7. Il direttore generale, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonchè delle unità operative.

8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo.".

8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;

b) al rispetto della programmazione regionale;

c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatorie rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili.".

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'art. 16 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 16 - Direttore dei servizi sociali.

1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.

3. Il direttore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute avvalendosi dei referenti di cui all'articolo 17. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni.".

Nota all'articolo 6

1. Il testo dell'art. 23 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 23 - Dipartimento di prevenzione.

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione.

2. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:

a) servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;

b) servizio di igiene e sanità pubblica;

c) servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;

d) servizi veterinari;

e) servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.

3. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate dalle leggi regionali 31 maggio 1980, n. 78, e 31 maggio 1980, n. 77, 30 novembre 1982, n. 54 e successive modifiche ed integrazioni, sono trasferite ai servizi del dipartimento di prevenzione.

4. Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario e scelto fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale, preferibilmente fra i responsabili dei servizi di cui al comma 2. In quest'ultima ipotesi il responsabile del dipartimento di prevenzione di norma non può conservare la direzione del proprio servizio.

4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.

5. Il responsabile del dipartimento di prevenzione sovraintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, integrando obiettivi, azioni, risorse, professionalità e strategie attuative dei diversi servizi con un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo. In particolare al responsabile del dipartimento di prevenzione spetta:

a) il coordinamento dei progetti finalizzati del dipartimento;

b) il coordinamento con l'Agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61, e le sue articolazioni territoriali;

c) la gestione del budget e l'assegnazione delle quote ai servizi secondo modalità definite dalle direttive di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 31;

d) l'attuazione di eventuali misure di riequilibrio in ordine al fabbisogno di risorse umane dei vari servizi e la direzione del personale assegnato agli uffici di staff del dipartimento;

e) la supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del dipartimento e dei servizi, la diffusione degli standards di qualità dei servizi e il loro controllo;

6. Il piano socio-sanitario regionale individua i dipartimenti di prevenzione che svolgono funzioni multizonali da attuare attraverso accordi e programmi concordati dai direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie interessate.".

Nota all'articolo 12

- Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

Nota all'articolo 13

- Il testo dell'art. 128 della legge regionale n. 11/2001, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 128 - Programmazione dei servizi sociali.

1. Ferme restando le funzioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, e nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 4 della legge n. 59/1997 e, delle disposizioni di cui alla legge n. 328/2000, la Regione provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della medesima legge n. 328/2000.

2. Con legge regionale, ai sensi del decreto legislativo n. 267/2000, sono indicati i principi della cooperazione dei comuni e delle province tra loro e la Regione, gli obiettivi generali della programmazione, le forme e i modi di partecipazione alla formazione dei piani e programmi regionali, e sono indicati i criteri e fissate le procedure per gli atti e gli strumenti della programmazione dei comuni e delle province rilevanti ai fini dei programmi regionali.

3. I comuni e le province svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

4. La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS. Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei sindaci in armonia con l'articolazione in distretti delle ULSS, individua con riferimento al piano di zona particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni.

5. Il piano di zona, di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 56/1994 e agli articoli 4 e 5 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 , nonché previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000, è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale.".

5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni.".

6. Le forme associative e di cooperazione di cui al decreto legislativo n. 267/2000 sono utilizzate dai soggetti interessati in armonia con la programmazione del piano di zona, al fine di conseguire un uniforme livello qualitativo dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria e di realizzare un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

7. La Giunta regionale individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del piano di zona da parte della Conferenza dei sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini, la Giunta regionale interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

8. La Giunta regionale individua strumenti, modalità e procedure per accertare, con riferimento al piano di zona, il conseguimento degli obiettivi e il connesso utilizzo delle risorse.

9. La realizzazione, il potenziamento, l'adattamento e la trasformazione di strutture per lo svolgimento di servizi sociali sono subordinate a preventiva autorizzazione. Tali autorizzazioni sono rilasciate dal sindaco del comune territorialmente competente previa acquisizione del provvedimento rilasciato dalla struttura regionale attestante la compatibilità del progetto con la programmazione regionale.

10. Nell'ipotesi d'intervento sostitutivo di cui al comma 7, le quote del fondo sociale regionale non attribuite per la mancata elaborazione, approvazione e realizzazione del piano di zona, sono assegnate ai soggetti istituzionali in conformità alle iniziative contenute nel piano di zona approvato in via sostitutiva.

11. Nella formulazione degli atti di programmazione regionale dei servizi sociali, ai sensi del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera mm) della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 328/2000 assume rilevanza strategica l'organizzazione e la realizzazione del sistema informativo regionale mediante la gestione informatica dei dati che consenta l'approfondita analisi delle esigenze sociali, la conoscenza delle risorse disponibili e l'equa distribuzione delle

medesime, nonché la valutazione dei risultati in termini di rendimento e di verifica dei benefici.

12. Per le finalità di cui al comma 11 la Giunta regionale organizza di conseguenza le proprie strutture con apposito personale e strumenti e promuove l'utile apporto degli enti locali e delle ULSS per la gestione di un patrimonio comune di informazioni.".

Nota all'articolo 17

- Il testo dell'art. 37 della legge regionale n. 2/2007 è il seguente:

"Art. 37 - Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

1. Ai fini del concorso della Regione del Veneto alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", in attuazione del protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per un patto nazionale per la salute, sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, in data 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione, le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale si attengono alle disposizioni della presente legge dirette al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale.

2. Per il triennio 2007-2009 le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adottano misure di contenimento della spesa per il personale, complessivamente inteso, idonee a garantire che la spesa stessa risulti compatibile con gli obiettivi di bilancio assegnati dalla Regione a ciascuna azienda od ente. A tale fine le aziende e gli enti:

a) mettono in atto tutte le possibili azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi prima di ricorrere a nuove acquisizioni di risorse umane;

b) possono procedere al reclutamento di personale, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro, esclusivamente per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza;

c) devono in ogni caso osservare il limite del costo del personale sostenuto nell'anno 2006, fatti salvi i maggiori oneri derivanti dall'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. I limiti di cui alle lettere b) e c) del comma 2, non operano nei seguenti casi:

a) assunzioni a tempo determinato o collaborazioni coordinate e continuative finalizzate alla realizzazione di progetti dotati di autonomo finanziamento regionale, ovvero proveniente dall'Unione europea o da soggetti privati, nei limiti della durata dei progetti e dei relativi finanziamenti;

b) sostituzione del personale interessato a progetti di collaborazione internazionale o di emergenza sanitaria all'estero;

c) assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di dipendenti in comando presso l'amministrazione regionale;

d) acquisizione di risorse umane dedicate ad attività socio-assistenziali gestite dalle aziende ULSS per delega degli enti locali, il cui onere, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni, è totalmente a carico dei medesimi enti locali;

e) reclutamento, da parte delle aziende ULSS capoluogo di provincia, di personale nelle Unità Operative Invalidi Civili (UOIC), secondo le previsioni e le quantificazioni stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale 3 novembre 2000, n. 3552 pubblicata nel BUR 5 dicembre 2000, n. 106;

f) acquisizione di personale finalizzato alla realizzazione di progetti proposti e finanziati totalmente dalla Regione aventi rilievo di area vasta sovraprovinciale o regionale.

4. La Giunta regionale, in relazione alle risorse finanziarie disponibili, impartisce annualmente indirizzi specifici per assicurare la coerenza delle misure di cui al comma 2 con gli atti della programmazione regionale (upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità").

5. La Giunta regionale verifica l'andamento della spesa sanitaria in corso d'esercizio e, ove necessario, adotta, anche in materia di spesa di personale, misure idonee ad assicurare la riconduzione in equilibrio delle gestioni aziendali.".

Nota all'articolo 18

- Il testo dell'art. 9 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 9 - Ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie ed individuazione delle Aziende ospedaliere.

1. Ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto legislativo di riordino e dell'articolo 3, comma 2 della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 , e sulla base dei parametri relativi alla popolazione, al territorio, ai trasporti e comunicazioni viarie e alla mobilità sanitaria, e all'equilibrio tecnico-finanziario, la Regione definisce gli ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie così come individuati dall'allegato A) che costituisce parte integrante della presente legge.

2. La Regione individua quali ospedali da costituire in azienda gli ospedali di Padova e Verona su cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina, secondo quanto previsto dall'allegato B) che costituisce parte integrante della presente legge.

3. Le modifiche degli ambiti territoriali delle unità locali socio-sanitarie e l'individuazione delle aziende ospedaliere di cui ai commi 1 e 2 sono effettuate con legge regionale sentiti gli enti locali interessati. Le modifiche hanno efficacia a partire dal primo gennaio successivo all'entrata in vigore della legge regionale.

3 bis. Qualora gli enti locali interessati non esprimano il parere di cui al comma 3 entro il termine di *sessanta* giorni dal ricevimento della richiesta, si prescinde dallo stesso.

3 ter. Qualora in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 bis, comma 2, venga costituita l'Azienda ospedaliero-universitaria integrata, l'Azienda ospedaliera cessa di essere tale al fine di assumere la nuova configurazione giuridica di Azienda ospedaliera-universitaria integrata e, di conseguenza, l'allegato B è automaticamente modificato in deroga alle procedure del presente articolo.

4. L'azienda ospedaliera si organizza sulla base dei principi stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 .".

Nota all'articolo 19

- Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 32/1996, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 2 - Funzioni della Regione.

1. La Regione provvede, in particolare, a:

a) definire, nell'ambito degli strumenti di programmazione e pianificazione previsti dalla normativa vigente, gli obiettivi generali delle attività di prevenzione collettiva e controllo ambientale;

b) approvare il regolamento ed il piano pluriennale di attività dell'ARPAV di cui agli articoli 15 e 16;

c) assicurare il coordinamento e l'integrazione dei diversi soggetti istituzionali operanti nei settori della protezione e del controllo ambientale e della prevenzione primaria collettiva;

d) esercitare il controllo di cui all'articolo 19.

2. Spettano al Consiglio regionale le funzioni di cui alla lettera a) del comma 1; spettano alla Giunta regionale le rimanenti funzioni.

2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario regionale.".

4. Struttura di riferimento

Segreteria regionale per la sanità