

LEGGE REGIONALE 19 marzo 2004, n. 11 ¹
Piano Regionale per la Salute 2004/2006.
(BUR n. 5 del 16 marzo 2004, supplemento straordinario n. 3)

(Testo coordinato con le modifiche e le integrazioni di cui alle LL.RR. 11 agosto 2004, n. 18, 22 dicembre 2004, n. 32, 11 maggio 2007, n. 9, 18 luglio 2008, n. 24 e 29 marzo 2013, n. 16)

[\(Allegato\)²](#)

Art. 1

(Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La presente legge stabilisce le finalità della programmazione regionale in materia sanitaria e ne dichiara i principi e i criteri; disciplina le modalità del concorso degli enti locali e la partecipazione delle formazioni sociali; individua strumenti e modalità per l'attuazione, la verifica e l'implementazione degli atti di programmazione.
2. La Regione Calabria riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività e la garantisce attraverso il servizio sanitario regionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
3. Il servizio sanitario regionale, assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi fondamentali del decreto legislativo di riordino 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal piano regionale per la salute, nel rispetto dei principi del piano sanitario nazionale, dei bisogni di salute delle popolazioni, 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.
4. 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 e di quello regionale per la salute e comprendono:
 - a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
 - b) l'assistenza distrettuale;
 - c) l'assistenza ospedaliera.
5. L'erogazione delle prestazioni di cui al comma precedente avviene attraverso le strutture pubbliche e private accreditate; le modalità dell'accesso dell'utente ai presidi delle istituzioni sanitarie private accreditate sono disciplinate, nel rispetto della libera scelta del cittadino, nell'ambito delle disposizioni normative vigenti, dal Piano Regionale per la Salute.

¹ Vedi la L.R. 11 agosto 2004, n. 18, art. 14 che modifica le tabelle n. 6, n. 7 e n. 8, il paragrafo intitolato "Autorizzazione" e il paragrafo intitolato "C. Aspettativa dell'utenza" dell'allegato alla presente legge. (Vedi anche gli artt. 15, 17, 18 e 19 della L.R. n. 18/2004)

² L'allegato che riguarda l'autorizzazione e l'accreditamento è abrogato dall'art. 15, comma 1, ottavo trattino, della L.R. 18 luglio 2008, n. 24.

Art. 2

(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

1. La Regione assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari.
2. La Regione, al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del servizio sanitario regionale, utilizza i contenuti e le modalità degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie definite dal Ministero della salute con il decreto di cui all'articolo 14, comma 1, del decreto legislativo di riordino n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con particolare riferimento alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché all'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.
3. La Regione promuove iniziative per la consultazione e la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni, ed in particolare degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, al fine di raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi e favorire il loro coinvolgimento nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.
4. I direttori generali delle aziende concordano le modalità ed i tempi di raccolta e valutazione delle osservazioni con gli organismi di volontariato e con le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini in ordine alla gestione dei servizi e all'erogazione delle prestazioni, sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
5. La Regione e le aziende del servizio sanitario regionale assicurano iniziative di formazione e di aggiornamento del personale destinato ai rapporti con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini.
6. Le Aziende del servizio sanitario regionale approvano ed aggiornano la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti sulla base degli indirizzi formulati dal dipartimento sanità.
7. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le Aziende del servizio sanitario regionale orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.
8. Le Aziende 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.
9. Le Aziende del servizio sanitario regionale, ai fini di cui ai commi precedenti, 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.
10. E' abrogato l'articolo 16 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Art. 3

(Rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale)

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato e gli organismi di promozione sociale, le cui attività concorrono con le finalità del Servizio sanitario regionale ed il Servizio sanitario medesimo, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.
2. L'associazionismo 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.

Art. 4

(Programmazione sanitaria regionale)

1. La programmazione sanitaria regionale individua, in coerenza con il piano sanitario nazionale, gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. La programmazione sanitaria regionale si attua sul territorio della Regione attraverso le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere.
3. Sono atti della programmazione sanitaria ad ambito regionale:
 - a) il Piano Regionale per la Salute e i relativi strumenti di attuazione di livello regionale;
 - b) gli atti di indirizzo adottati dalla Giunta regionale;
 - c) i piani attuativi locali;
 - d) i piani attuativi delle Aziende Ospedaliere.
4. Sono atti rilevanti per la programmazione sanitaria di ambito regionale:
 - a) la relazione sanitaria regionale;
 - b) la relazione sanitaria aziendale.
5. La relazione sanitaria regionale valuta, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali di cui al presente articolo, lo stato di salute della popolazione ed i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano Regionale per la Salute.
6. La Giunta Regionale predispone la Relazione Sanitaria Regionale e la trasmette ogni anno, entro il 31 dicembre, al Consiglio Regionale.
7. La Giunta trasmette la Relazione medesima alla Conferenza permanente per la Programmazione socio-sanitaria.

Art. 5³

(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale)

- 1. E' istituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, quale organismo rappresentativo delle autonomie locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria.*
- 2. La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.*
- 3. La Conferenza è composta come segue:*
 - a) assessore regionale alla tutela della salute o suo delegato, che la 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. 6

(Partecipazione degli enti locali alla programmazione delle attività)

- 1. La Conferenza dei Sindaci svolge, per ciascuna Azienda Sanitaria, le funzioni di cui al Decreto 502 del 30 dicembre e all'articolo 11 della L.R. 22 gennaio 1996, n. 2. Con deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione permanente, sono disciplinate le modalità di funzionamento della Conferenza dei Sindaci.*

³ [Articolo così sostituito dall'art. 17 della L.R. 11 maggio 2007, n. 9](#)

2. Per le Aziende Ospedaliere le funzioni della Conferenza dei Sindaci sono svolte da un Comitato di rappresentanza composto da cinque membri, eletto in seno alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale presso ogni Azienda Ospedaliera.

3. Il Comitato dei Sindaci di Distretto concorre alla verifica dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali. Con Deliberazione di Giunta regionale e previo parere della Commissione consiliare competente, sono disciplinate le modalità di funzionamento del Comitato dei Sindaci di Distretto.

Art. 7

(Organizzazione delle aziende)

1. Le finalità istituzionali del servizio sanitario regionale sono realizzate mediante undici Aziende sanitarie e quattro Aziende ospedaliere, che hanno personalità giuridica pubblica e autonomia gestionale. Sono organi delle aziende il direttore generale ed il collegio sindacale.

2. L'organizzazione ed il funzionamento delle aziende sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato adottato dal Direttore Generale conformemente all'atto di indirizzo adottato dalla Giunta regionale.

3. Per la più efficace e razionale utilizzazione delle risorse umane e finanziarie, la Giunta regionale formula indirizzi alle Aziende sanitarie ed alle Aziende ospedaliere affinché esercitino in comune tra di loro funzioni amministrative, legali e tecniche.

4. E' abrogato l'articolo 3 della legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2.

Art. 8

(Articolazione posti letto)

1. I posti letto per acuti delle strutture pubbliche e private accreditate concorrono, su base complessiva regionale, al conseguimento dello standard di 4 posti letto ogni mille abitanti stabilito dal Piano Regionale per la Salute, rimanendo inalterato il rapporto percentuale tra posti letto pubblici e privati accreditati per acuti, fino alla concorrenza massima del 32% di posti letto privati accreditati sul totale dei posti letto per acuti esistenti alla data del 31.12.2003. I posti letto eccedenti delle strutture pubbliche e private sono ridotti e decadono dall'accreditamento e possono essere riconvertiti in posti letto di lungodegenza e riabilitazione, con priorità per la riconversione dei posti letto pubblici, nei limiti delle relative disponibilità ed in coerenza con le indicazioni del piano regionale per la salute.

2. La Giunta regionale, previo parere della Commissione regionale competente, è delegata a definire con le strutture ospedaliere private accreditate, anche mediante intese con le organizzazioni di categoria rappresentative a livello regionale, il riparto dei posti letto per pazienti acuti conformi agli standard come sopra definiti, con riconversione alle specialità corrispondenti ai fabbisogni individuati di posti letto per acuti dal piano regionale per la salute. Tale riconversione dovrà comunque avvenire entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge, a pena di decadenza dagli accreditamenti.

3. Nelle more della rideterminazione prevista dal comma precedente, i posti letto delle strutture private accreditate concorrono alla contrattazione di prestazioni ospedaliere in ambito regionale, tenuto conto dei fabbisogni determinati dal piano regionale per la salute e delle risorse rese annualmente disponibili.

4. I posti letto ospedalieri delle strutture pubbliche, articolati per specialità, sono assegnati alle Aziende Ospedaliere e alle Aziende Sanitarie secondo il riparto effettuato dal piano regionale per la salute. L'assegnazione a ciascuna Azienda sanitaria è effettuato secondo il criterio di proporzionalità rispetto al numero dei residenti; i posti letto delle Aziende ospedaliere sono ripartiti sulla base dei principi e con i criteri specifici di cui all'articolo 4 del D.lgs 502/92 e s.m.i.. I posti letto sono ripartiti secondo le tabelle di PRS di cui alla presente legge; eventuali variazioni sono approvate con delibera di Giunta regionale, previo parere vincolante della commissione consiliare competente.

5. Previo parere della conferenza dei Sindaci e del comitato di rappresentanza le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere con il piano attuativo, nel rispetto delle indicazioni di cui al comma precedente, provvederanno a ripartire le unità operative ed eccezionalmente i mezzi moduli previsti dal piano, nei propri presidi. Il riparto tra le strutture dovrà avvenire per interi moduli, e solo in casi eccezionali per mezzi moduli, tenuto conto anche della tipologia del presidio nel quale sono svolte le attività assistenziali.

6. La Giunta regionale può riprogrammare la localizzazione delle singole specialità e la distribuzione dei relativi posti letto previsti dal Piano regionale per la salute, entro il limite del 5 per cento del totale regionale, con provvedimento motivato, sentito il parere vincolante della competente commissione consiliare.

7. Limitatamente alle ipotesi di riconversione di cui al presente articolo trova applicazione anche per le strutture private accreditate il differimento dei termini di cui all'articolo 15 comma 6 della Legge regionale 26.06.2003 n. 8.

Art. 9

(Finanziamento del servizio sanitario regionale)

1. Al finanziamento delle attività necessarie a garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni in esse ricomprese provvede la Giunta regionale nei limiti delle quote del fondo sanitario regionale. Il finanziamento da parte della Giunta delle attività svolte da ciascuna Azienda Sanitaria per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza e la produzione ed erogazione delle prestazioni si basa sul criterio della quota capitaria, fatto salvo il ricorso ad un fondo di riequilibrio da utilizzare dalla Giunta regionale a fronte di specificità funzionali od organizzative da recuperare comunque entro un termine massimo di cinque anni.

2. La Giunta regionale provvede altresì a determinare i volumi e tipologie delle prestazioni, le modalità di remunerazione ed i limiti di spesa per gli accordi ed i contratti che le Aziende Sanitarie stipulano con le strutture pubbliche e gli erogatori privati accreditati, entro i limiti degli standard relativi ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, e con riferimento alla qualità delle prestazioni. Per l'anno 2004 valgono le disposizioni di cui all'art. 1 della legge regionale n. 30/2003.

3. La remunerazione delle attività delle Aziende Ospedaliere è definita dalla Giunta regionale sulla base del sistema tariffario delle prestazioni, nonché sulla base delle funzioni e dei programmi definiti negli accordi stipulati con le Aziende Sanitarie. La Giunta regionale può disporre ulteriori

trasferimenti connessi a specifiche attività assistenziali, relativi ad attività di ricerca finalizzata o a sperimentazioni autorizzate.

Art. 10
(Piani attuativi)

1. Il PRS trova attuazione attraverso la programmazione sanitaria aziendale. L'atto di programmazione sanitaria aziendale è il piano attuativo.

2. La Giunta regionale:

a) indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie aziendali, anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico operativo e di schemi tipo per la redazione degli elaborati;

b) approva la conformità dei piani attuativi delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere alle disposizioni del piano regionale per la salute, emanando eventuali prescrizioni di adeguamento;

c) controlla la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;

d) nell'ambito delle proprie competenze può attivare iniziative atte a verificare la rispondenza fra gli atti di programmazione e l'azione di governo delle Aziende.

3. Entro 150 giorni dall'intervenuta esecutività dell'atto aziendale le aziende adottano il piano attuativo.

4. Il piano attuativo è lo strumento di pianificazione triennale attraverso il quale le Aziende Sanitarie e le Aziende Ospedaliere, in relazione alle risorse disponibili ed alle previsioni del piano sanitario regionale, programmano le proprie attività.

5. Il piano attuativo delle Aziende sanitarie e delle Aziende ospedaliere è articolato in programmi annuali di attività ed è negoziato con il Dipartimento regionale della Sanità sulla base degli indirizzi formulati dalla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale, acquisite le proposte della Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, entro il 30 ottobre di ciascun anno detta gli indirizzi per la redazione dei piani attuativi triennali, nonché del programma annuale delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere.

7. I direttori generali, acquisito il parere del collegio di direzione adottano nei sessanta giorni successivi la proposta di piano attuativo e di programma annuale, accompagnati dal bilancio economico-preventivo, trasmettendoli al Dipartimento della Sanità per la successiva approvazione della Giunta regionale.

8. Per il primo anno di vigenza del piano regionale per la salute, la Giunta regionale definisce gli indirizzi per i piani attuativi e del programma annuale entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

Art. 11
(Aziende sanitarie)

1. Le Aziende Sanitarie garantiscono le prestazioni e le attività previste dai livelli essenziali di assistenza, dimensionate ed organizzate in relazione alle specificità del territorio ed ai bisogni delle popolazioni secondo gli indirizzi fissati dalla legge, avvalendosi anche delle strutture private accreditate.
2. Le Aziende Sanitarie assicurano l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei servizi territoriali con quelle dei presidi ospedalieri a gestione diretta e con quelle delle Aziende ospedaliere, in conformità ai criteri di organizzazione definiti dal piano regionale per la salute.
3. Le Aziende Sanitarie articolano l'organizzazione in presidi e distretti, che garantiscono una popolazione minima di 60.000 abitanti, salvo che le caratteristiche geomorfologiche del territorio o la basse densità della popolazione richiedano diversamente. Le Aziende Sanitarie provvedono alla gestione degli ospedali ubicati nel rispettivo ambito territoriale, organizzati in rete ed accorpati in presidio unico. Il sistema di emergenza 118 – “Calabria soccorso” – è gestito e organizzato su base provinciale dalle Aziende Sanitarie competenti per territorio; le centrali operative del 118, ancorché collocate in aree di pertinenza delle Aziende Ospedaliere, nonché il personale e le risorse utilizzate, sono assegnati e dipendono dalle Aziende Sanitarie nelle quali operano le stesse centrali. Il coordinamento operativo tra le Centrali 118 è affidato alla Centrale di Catanzaro, sulla base delle direttive dettate dal Dipartimento Regionale della Sanità, sentita, ove occorra, la competente struttura della Protezione Civile.
4. Entro 90 giorni dalla data di adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Sanitarie definiscono la propria struttura organizzativa in conformità alle disposizioni della presente legge, alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.
5. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.

Art. 12
(Aziende ospedaliere)

1. Sono confermate le Aziende ospedaliere costituite ai sensi dell'articolo 2 della legge regionale 12 novembre 1994 n. 26.
2. Entro 90 giorni dall'adozione dell'atto di indirizzo della Giunta regionale le Aziende Ospedaliere adeguano la propria organizzazione alle disposizioni della presente legge ed alle previsioni del piano regionale per la salute, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale. Decorso inutilmente detto termine, la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a 30 giorni, esercita il potere sostitutivo.

3. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture delle Aziende ospedaliere che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione; nei confronti dei dirigenti interessati è prevista l'attuazione delle norme di salvaguardia previste dai rispettivi CCNL.

Art. 13

(Controlli sugli atti delle aziende)

1. Sono soggetti a controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende del servizio sanitario regionale:

- a) bilancio economico-preventivo, bilancio di esercizio comprensivo del conto consultivo;
- b) atto aziendale e piani attuativi comprensivi delle dotazioni organiche e loro variazioni;
- c) regolamenti di organizzazione.

2. Gli atti indicati nel comma precedente sono trasmessi, entro quindici giorni dall'adozione, al Dipartimento regionale della Sanità, che provvede all'istruttoria necessaria per l'esercizio del controllo. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma precedente entro 60 giorni dalla data di ricezione; decorso inutilmente tale termine gli atti si intendono approvati.

3. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità indirizza e coordina i direttori generali delle aziende del servizio sanitario regionale, verificando il rispetto dei principi di legalità, efficacia, efficienza ed economicità della gestione. I direttori generali delle aziende sono tenuti a trasmettere, entro quindici giorni dalla richiesta, gli atti, i documenti e le notizie che a tal fine sono richiesti dal dirigente generale del Dipartimento medesimo.

4. Il dirigente generale del Dipartimento regionale della Sanità, qualora verifichi l'adozione da parte delle aziende di atti contrari a disposizione di legge o agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale, nonché ai principi di efficacia, efficienza ed economicità della gestione, con determinazione non delegabile, invita l'Azienda all'esercizio del potere di autotutela.

5. Sono abrogati l'articolo 12 della legge regionale 22 gennaio 1996 n. 2 e l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 26 giugno 2003 n. 8.

6. La Commissione antimafia del Consiglio Regionale monitora gli appalti e la spesa per acquisti delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere.

Art. 14

(Direttore generale)

1. Spettano al direttore generale la rappresentanza legale ed i poteri di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo, nonché la responsabilità per la gestione complessiva dell'Azienda Sanitaria o Ospedaliera. Il direttore generale assicura, anche mediante valutazioni comparative di costi, rendimenti e risultati ed attraverso i servizi di controllo previsti dal D.Lgs. 30 luglio 1999 n. 286, la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili, nonché la legalità, imparzialità e buon andamento dell'attività aziendale; adotta l'atto aziendale e nomina il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed i responsabili delle strutture dell'azienda.

2. Nell'esercizio delle sue funzioni, il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario e si avvale del collegio di direzione.

3. I provvedimenti di nomina dei Direttori Generali, Aziende del Servizio Sanitario Regionale sono adottati dal Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale degli idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre Regioni, costituiti previa pubblica selezione. Gli elenchi sono aggiornati con cadenza biennale. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula⁴.

3bis. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione dell'elenco di cui al comma 3 e definisce i criteri per la verifica dei requisiti di cui al successivo comma 3 ter.

3ter. Il Direttore Generale è nominato tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantasettesimo anno di età al momento della nomina in possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale svolta negli ultimi dieci anni, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie.

3quater. Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria in attuazione dell'articolo 4 del D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517.

3quinqies. La Giunta regionale, ai fini della selezione dei candidati per l'inserimento nell'elenco degli idonei di cui al comma 3, si avvale di una Commissione costituita ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 3, del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 e s.m. i⁵.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale. I dipendenti pubblici, anche della medesima azienda nella quale è conferito l'incarico sono collocati in aspettativa.

5. L'incarico di direttore generale può essere revocato prima della scadenza contrattuale ove la Giunta regionale, in contraddittorio con l'interessato, accerti gravi violazioni dei doveri dell'ufficio, ovvero inadempienze agli obblighi contrattualmente assunti o agli obiettivi assegnati. In ogni caso il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico determina automaticamente la decadenza dall'incarico.

6. Nei casi di vacanza dell'ufficio, di assenza o impedimento, le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo all'uopo delegato dal direttore generale, ovvero, in assenza di delega, dal più anziano di essi; ove l'assenza o l'impedimento si protragga per più di sei mesi, il contratto del direttore generale è risolto di diritto e la Giunta regionale procede alla sostituzione.

7. E' abrogato l'articolo 4 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

⁴Comma così sostituito dall'art. 1, comma 1 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16 che precedentemente così recitava: «3. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere sono adottati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla tutela della salute, con riferimento ai requisiti di seguito indicati e senza necessità di valutazioni comparative o formazione di elenchi o albi. Possono essere nominati direttori generali delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere soggetti in possesso del diploma di laurea, che abbiano svolto una 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 nomina».

⁵Commi aggiunti dall'art. 1, comma 2 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16.

Art. 15

(Direttore sanitario e direttore amministrativo)

1. Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo delle aziende del servizio sanitario regionale sono nominati dal direttore generale. Essi coadiuvano il direttore generale nella direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite dalla legge, dagli atti generali di organizzazione e per delega del direttore generale; concorrono, con la formazione di proposte e pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità del parere reso dal direttore sanitario o dal direttore amministrativo nelle materie di rispettiva competenza.

2. Il direttore sanitario assicura l'organizzazione e la direzione dei servizi sanitari ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore sanitario può essere conferito a medici che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in Enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

3. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi ed esprime parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di propria competenza. L'incarico di direttore amministrativo può essere conferito a laureati in discipline giuridiche o economiche che non abbiano superato il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni di qualificata attività di direzione tecnico-amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

3bis. Presso l'Assessorato Tutela della salute e politiche sanitarie sono istituiti gli elenchi regionali degli idonei, ad aggiornamento biennale, degli aspiranti alla nomina a Direttore amministrativo e Direttore sanitario delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale in possesso dei requisiti di cui ai commi 2 e 3.

3ter. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla formazione degli elenchi di cui al precedente comma.

3quater. I Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale nominano i Direttori amministrativi e sanitari, ai sensi del comma 1, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali degli idonei di cui al comma 3bis. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione e ai curricula. I provvedimenti di nomina sono pubblicati nel Bollettino ufficiale della Regione Calabria e sui siti web istituzionali delle singole Aziende, in apposita sezione ad essi dedicata⁶.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di contratto di diritto privato tra il direttore generale ed il direttore sanitario o amministrativo.

5. Gli incarichi di direttore sanitario e di direttore amministrativo hanno natura esclusivamente fiduciaria e possono essere revocati anche prima della scadenza contrattuale; gli incarichi hanno comunque termine ed i relativi rapporti di lavoro sono risolti di diritto, nell'ipotesi di cessazione, per revoca, decadenza, dimissioni o qualsiasi altra causa, del direttore generale. Nessun compenso o indennizzo è corrisposto al direttore sanitario ed al direttore amministrativo in tali ipotesi.

⁶Commi aggiunti dall'art. 1, comma 3 della L.R. 29 marzo 2013, n. 16.

6. Gli incarichi di direttore sanitario e direttore amministrativo in corso nelle aziende del servizio sanitario regionale cessano alla data di nomina dei direttori generali; i relativi contratti di lavoro sono risolti di diritto senza attribuzione di alcun compenso o indennizzo.

7. Sono abrogati gli articoli 5 e 6 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2.

Art. 16

(Collegi sindacali)

1. I Collegi sindacali delle Aziende sanitarie ed ospedaliere svolgono le funzioni previste dal decreto legislativo di riordino. Ogni collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, dei quali due designati dal Consiglio regionale, uno dal Ministero dell'Economia e Finanze, uno dal Ministero della Salute ed uno dalla Conferenza dei sindaci che per l'Azienda ospedaliera è lo stesso dell'Azienda sanitaria nel cui ambito ricade. I componenti del collegio sindacale devono essere iscritti nel registro dei revisori contabili. Decorsi quindici giorni dall'entrata in vigore della presente legge gli attuali collegi sindacali cessano le loro funzioni.

Art. 17

(Rapporti tra servizio sanitario regionale e università)

1. La Regione assicura l'apporto delle Università calabresi al perseguimento degli obiettivi ed alla realizzazione delle attività previste dal piano regionale della salute, anche attraverso l'inserimento delle facoltà nelle strutture organizzative del servizio sanitario regionale, valorizzandone funzioni e le competenze specifiche degli atenei.

2. A tale fine, i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università sono oggetto di specifici protocolli d'intesa che definiscono:

- a) le modalità del concorso delle strutture del servizio sanitario regionale al soddisfacimento delle esigenze formative, didattiche e di ricerca delle università;
- b) l'apporto della Facoltà di Medicina e Chirurgia alle attività assistenziali, di formazione e di sviluppo delle conoscenze delle strutture del servizio sanitario regionale;
- c) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze del servizio sanitario regionale;
- d) le modalità della reciproca collaborazione per il soddisfacimento delle specifiche esigenze della formazione teorico-pratica del personale del servizio sanitario regionale.

3. Con protocollo quadro tra Giunta regionale ed Università sono individuati:

- a) i criteri per l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni assistenziali correlate alle esigenze formative e di ricerca della Università ivi compresa l'individuazione delle strutture a ciò dedicate, tenuto conto che l'offerta di prestazioni assistenziali dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini e quelle delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, ed in particolare dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" devono integrarsi e che le attività assistenziali e sanitarie sono svolte dalle strutture sotto la direzione delle Aziende del Servizio sanitario regionale;
- b) la disciplina dei rapporti tra organi degli atenei ed organi delle aziende del servizio sanitario regionale;

c) i criteri per la individuazione di attività finalizzate alla migliore qualificazione dei servizi erogati;

d) i criteri per la determinazione dei rapporti reciproci, tenuto conto dei fabbisogno formativo delle strutture del servizio sanitario regionale;

e) i criteri per l'individuazione e l'organizzazione, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale ed in conformità agli ordinamenti didattici vigenti, dei corsi di formazione e per la ripartizione dei relativi oneri.

4. L'attuazione delle previsioni del protocollo quadro di cui al comma precedente è assicurata anche mediante intese tra aziende del servizio sanitario regionale ed università.

5. I protocolli d'intesa di cui al presente articolo regolano i rapporti tra servizio sanitario regionale ed università.

6. I posti letto destinati alle attività di didattica e di ricerca nel rapporto percentuale necessario studenti-posti letto, sono indicati nell'allegata tabella di cui al presente Piano Regionale per la Salute.

7. Entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge le convenzioni ed i protocolli d'intesa attualmente in vigore tra servizio sanitario regionale ed università devono essere adeguati alle disposizioni di legge, alle previsioni del piano regionale per la salute ed agli atti di programmazione adottati dalla Giunta regionale; decorso il predetto termine cessa comunque l'efficacia delle convenzioni e dei protocolli vigenti. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa si applica il potere sostitutivo di cui all'articolo 1 comma 4 del D.Lgs. 517/99. Nei 90 giorni successivi l'Azienda ospedaliera Mater Domini adegua la propria organizzazione alla previsione dei protocolli d'intesa, adottando l'atto aziendale ed i regolamenti di organizzazione, da sottoporre a controllo preventivo della Giunta regionale; decorso inutilmente detto termine la Giunta regionale, previa diffida ed assegnazione di un ulteriore termine non superiore a trenta giorni, esercita il potere sostitutivo.⁷

8. Con l'adozione dell'atto aziendale cessano gli incarichi di direzione delle strutture dell'Azienda Ospedaliera Mater Domini che siano interessate da mutamenti organizzativi che ne determinino la soppressione.

9. La Regione con apposito capitolo di bilancio finanzia borse aggiuntive di specializzazione mediche in misura non superiore al 50 % dei posti assegnati dal MIUR ed in relazione alla programmazione sanitaria regionale.

Art. 18

(Enti di ricerca)

1. I rapporti tra il servizio sanitario regionale e gli enti di ricerca per le attività assistenziali, sono definiti tra la regione, l'azienda sanitaria e quelle ospedaliere e gli enti medesimi attraverso appositi protocolli d'intesa dai contenuti previsti dal precedente articolo, in quanto applicabili.

⁷ La L.R. 11 agosto 2004, n. 18 proroga il termine di cui al presente comma al 30 settembre 2004.

Art. 19

(Coordinamento con l' Agenzia Regionale per l' Ambiente)

1. La Giunta regionale, ai fini della integrazione fra politiche sanitarie e politiche ambientali, stabilisce le modalità e i livelli di integrazione, prevedendo la stipulazione di accordi tra le Aziende Sanitarie ospedaliere e l' Agenzia regionale per l' ambiente, sentita la competente Commissione consiliare.

Art. 20

(Educazione continua in medicina e sviluppo continuo della professionalità)

1. E' istituita la Commissione regionale per l' educazione continua in medicina (ECM) con il compito di supporto al Dipartimento regionale in materia di analisi dei bisogni formativi, professionali e di contesto, individuazione degli obiettivi formativi, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, accreditamento dei progetti ed eventi di formazione, individuazione dei requisiti ulteriori e procedure per l' accreditamento dei provider, verifica e valutazione dei provider e degli eventi formativi, realizzazione dell' anagrafe dei crediti.

2. La commissione, nominata dall' assessore alla tutela della salute, è composta da:

- a) assessore alla tutela della salute, o suo delegato, che la presiede;
- b) cinque membri in rappresentanza degli ordini dei medici, uno per provincia;
- c) tre membri in rappresentanza di altri ordini o collegi professionali;
- d) cinque membri, con specifiche competenze nell' ambito dell' educazione continua in medicina, individuati dall' assessore alla tutela della salute all' interno dei rappresentanti delle società scientifiche calabresi di derivazione nazionale;
- e) un membro in rappresentanza della Facoltà di Medicina e chirurgia dell' Università Magna Grecia;
- f) un membro in rappresentanza della Facoltà di Farmacia dell' Unical.

3. Per lo sviluppo dei compiti in materia di ECM e sviluppo continuo della professionalità (SCP) è altresì istituita la Consulta regionale per lo sviluppo continuo della professionalità composta da un rappresentante per ciascun ordine e collegio e per ciascuna laurea specialistica delle professioni sanitarie e non sanitarie operanti nel servizio sanitario regionale non ricompresa in ordini o collegi.

4. La consulta esprime parere in materia di organizzazione e programmazione delle attività di ECM e SCP.

Art. 21

(Approvazione del piano)

1. E' approvato il Piano Regionale per la Salute della Regione Calabria valido per il triennio 2004-2006, il cui testo, composto da un allegato è parte integrante della presente legge.

Art. 22

(Disposizioni transitorie e di rinvio. Abrogazioni)

1. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge, si applicano le disposizioni del decreto legislativo di riordino 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

2. A far data dall'entrata in vigore della presente legge sono abrogati:

- a) la legge regionale 3 aprile 1995, n. 9 (Piano Sanitario Regionale 1995-1997);
- b) gli articoli 3, 4, 5, 6, 9, commi 3, 12, 14 e 16 della legge regionale 22 gennaio 1996, n. 2;
- c) gli articoli 12 e 17 della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29;
- d) l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 7 agosto 2002, n. 29, come modificato dall'articolo 7 della legge regionale 10 ottobre 2002, n. 39;
- e) l'articolo 17, commi 1, 3 e 4, e l'articolo 20, comma 1, della legge regionale 26 giugno 2003, n. 8;
- f) la legge regionale 1 dicembre 1988, n. 27;
- g) ogni altra disposizione incompatibile con le previsioni della presente legge.

Art. 23

(Pubblicazione)

1. La presente legge entrerà in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione