

**BOZZA DI DISEGNO DI LEGGE** (da revisionare)

Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 e di ulteriori norme di settore.

**TITOLO I**

DEL RIORDINO DELLA *GOVERNANCE* DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

**Art. 1**

*Principi e finalità generali*

1. Nell'esercizio delle proprie potestà legislative statutarie, con la presente legge, la Regione definisce il modello di governo del sistema sanitario regionale e ne avvia il processo di riforma secondo principi di equità ed universalità mediante disposizioni urgenti finalizzate a:

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- b) affermare il diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute;
- c) avvicinare sensibilmente al cittadino ed ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni sociosanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale;
- d) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture e le attività presenti sui territori;
- e) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- f) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e sociosanitari;
- g) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- h) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie;

**Art. 2**

*Governance del Sistema Sanitario*

1. Il Sistema Sanitario Regionale pubblico è articolato nei seguenti enti di governo:

- a) Azienda Regionale della Salute (ARES);
- b) Aziende Sociosanitarie locali (ASL);
- c) Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" ( ARNAS );
- d) Aziende Miste Ospedaliero Universitarie (AMOU);
- e) Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS).

2. L'articolazione di cui al primo comma può essere integrata con deliberazione della Giunta Regionale, previo parere della competente commissione consiliare da rendersi entro 10 giorni decorsi i quali lo stesso è da intendersi reso favorevolmente, con eventuali Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) istituiti successivamente all'entrata in vigore della presente legge.

## CAPO I

### Ordinamento dell'Azienda Regionale della Salute (ARES)

#### Art. 3

##### *Istituzione dell'Azienda Regionale della Salute (ARES)*

1. Nel rispetto dei principi e delle finalità di cui all'art. 1, è istituita l'Azienda Regionale della Salute (ARES) per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES persegue lo sviluppo del servizio sanitario regionale con modalità partecipative e percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di garantire l'equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali.
2. L'Azienda ha sede individuata dalla Giunta regionale, senza maggiori oneri per il bilancio regionale, ubicata in immobili nella disponibilità della Regione o di enti strumentali regionali o di enti del servizio sanitario regionale.
3. Fatte salve le attribuzioni previste dalla presente legge ad altri enti di governo del sistema sanitario regionale, l'ARES succede all'Azienda per la tutela della salute (ATS) di cui alla legge regionale 27 luglio 2016, n. 17, in tutti i rapporti e gli obblighi amministrativi e giuridici, attivi e passivi, debitori e creditizi, di carattere finanziario, fiscale, giuslavoristico o patrimoniale esistenti alla data della cessazione e in tutte le cause pendenti e le pretese in corso o future ad essa facenti capo. Entro 90 giorni dalla propria costituzione l'ARES ripartisce in base al criterio territoriale e storico di provenienza i rapporti attivi e passivi, il patrimonio, il personale e le funzioni previsti dalla presente legge tra le Aziende Sociosanitarie locali di cui al successivo art. 8.
4. In particolare, l'ARES ha:
  - a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal 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", secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;
  - b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale;
  - c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;
  - d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità, appone il visto di congruità;
  - e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei relativi allegati, sui quali la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità, appone il visto di congruità;
  - f) gli indirizzi in materia contabile delle Aziende Sociosanitarie locali (ASL) e degli altri enti del servizio sanitario regionale;
  - g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:
    - I) gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Direzione Generale della Centrale Regionale di Committenza, secondo un apposito disciplinare approvato dalla Giunta regionale entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge;
    - II) le procedure di selezione del personale del comparto sanità;
    - III) il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;
    - IV) le procedure di accreditamento ECM;



V) il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;

VI) le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;

VII) l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e sociosanitarie svolgendo le funzioni di organismo tecnicamente accreditante;

VIII) la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda di cui all'art. 2 e l'ARES, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;

IX) la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;

X) i servizi tecnici per la valutazione della HTA;

XI) la gestione e l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica della popolazione sarda; l'ARES, sentita la commissione consiliare competente, approva i provvedimenti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento;

XII) l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e sociosanitaria, presso le Aziende Sociosanitarie locali.

5. La Giunta regionale può attribuire all'ARES, sentita la competente commissione consiliare, le seguenti funzioni:

a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale di competenza della Giunta regionale e del Consiglio regionale, prevedendo da parte dei medesimi soggetti un accesso diretto a database, studi ed esiti di istruttorie;

b) il supporto tecnico alla Giunta regionale nel processo di definizione e realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociale;

c) il supporto alla determinazione degli obiettivi dei direttori delle ASL e degli altri enti del servizio sanitario regionale;

d) la proposta di definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle ASL e degli altri enti del servizio sanitario regionale nonché la proposta alla Giunta regionale di definizione dei costi standard ed il loro monitoraggio;

e) la definizione dei sistemi e dei flussi informativi, il sistema di auditing e il controllo interno;

f) l'esecuzione dei pagamenti afferenti alle politiche sociali della Regione, fatte salve le prerogative della Giunta e del Consiglio regionale in materia di programmazione, previo trasferimento all'ARES delle relative risorse regionali;

g) monitoraggio e vigilanza sulle varie forme di sanità integrativa con l'obiettivo di finalizzarle al sostegno della compartecipazione dei LEA.

6. Il bilancio preventivo e consuntivo della GSA viene approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare. La Giunta autorizza l'erogazione dei finanziamenti della GSA effettuata attraverso l'ARES.

7. Le modalità di tenuta delle registrazioni della GSA e la redazione dei relativi documenti di bilancio preventivo, di esercizio e consolidato nonché il monitoraggio dei conti e capitoli del bilancio regionale sono disciplinate con regolamento dell'ARES, adottato dal Direttore generale previo parere della Giunta regionale in conformità a quanto disposto per gli enti del servizio sanitario nazionale dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

8. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, elabora le linee guida dell'Atto aziendale dell'ARES.

9. L'Atto aziendale determina l'organizzazione degli uffici e delle funzioni dell'ARES.

10. Il Direttore generale dell'ARES esercita i poteri connessi alle funzioni di cui al presente articolo nelle forme e con le modalità stabiliti dall'Atto aziendale e da un regolamento interno di organizzazione e funzionamento.

11. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'ARES, ne controlla l'attuazione ed esercita le attività di vigilanza e controllo.

12. Nelle more dell'espletamento della procedura di evidenza pubblica per l'affidamento del servizio di tesoreria dell'ARES, il medesimo servizio è svolto dall'istituto tesoriere dell'azienda regionale esistente che presenta le migliori condizioni contrattuali.

### Art. 3

#### *Organi dell'ARES*

1. Sono Organi dell'Azienda Regionale della Salute:

a) il Direttore generale;

b) il Collegio sindacale.

2. Il Direttore generale è nominato dal Presidente della Regione in conformità ai requisiti e alle modalità per la nomina dei direttori generali delle Aziende Sociosanitarie locali e degli enti del servizio sanitario regionale.

3. Il Direttore generale è il legale rappresentante dell'ARES, esercita i poteri di direzione, di gestione e di rappresentanza e svolge, altresì, le funzioni di responsabile della GSA.

4. Il rapporto di lavoro del Direttore generale è regolato da un contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni.

5. Il Direttore generale esercita i propri compiti direttamente o mediante delega secondo le previsioni dell'Atto aziendale.

6. Spetta al Direttore generale l'adozione, in particolare, dei seguenti atti:

a) nomina e revoca del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo;

b) nomina dei componenti del Collegio sindacale ai sensi della vigente normativa regionale in materia di Aziende Sociosanitarie locali;

c) nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione;

d) nomina dei responsabili delle strutture dell'Azienda e conferimento, sospensione e revoca degli incarichi;

e) regolamenti di organizzazione, funzionamento e dotazione organica dell'ARES;

f) atti di bilancio;

g) atti vincolanti il patrimonio e il bilancio per più di cinque anni previamente autorizzati dalla Giunta regionale;

h) proposta alla Giunta regionale del disciplinare sulla tenuta contabile della GSA da redigersi in conformità a quanto disposto per gli enti del servizio sanitario nazionale dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e successive modificazioni;

i) adozione dell'Atto aziendale;



l) ogni altro atto necessario al funzionamento dell'Azienda preventivamente autorizzato dalla Giunta regionale purché non in contrasto con quanto stabilito da leggi regionali e delibere di Giunta regionale, nonché con gli indirizzi politici determinati dal Consiglio regionale e gli obiettivi definiti dalla Giunta regionale.

7. Il Direttore generale redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e la presenta alla Giunta regionale e alla competente commissione consiliare.

8. L'Atto aziendale può prevedere l'istituzione di comitati con funzioni propositive e consultive.

9. Il Collegio sindacale è composto da tre membri nominati dal Direttore generale e designati uno dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della Salute.

10. Nella prima seduta, convocata dal Direttore, il Collegio elegge tra i propri componenti il Presidente che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione per qualunque causa del Presidente la convocazione spetta al membro più anziano di età fino all'integrazione del Collegio e all'elezione del nuovo Presidente.

11. Le sedute del Collegio sindacale sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il componente che, senza giustificato motivo, non partecipa a due sedute consecutive decade dalla nomina.

12. Il Collegio sindacale:

a) esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile;

b) vigila sull'osservanza delle disposizioni normative vigenti;

c) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;

d) accerta trimestralmente la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione e custodia;

e) svolge l'attività di terzo certificatore nei confronti della GSA ai sensi dell'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

13. L'ARES può affidare la certificazione contabile ad una società iscritta nel registro dei revisori dei conti ai sensi del Decreto del Ministro della salute 17 settembre 2012 "Certificabilità dei bilanci degli enti del servizio sanitario nazionale".

14. Ai componenti del Collegio sindacale spetta una indennità annua lorda in misura non superiore a quella spettante ai componenti del Collegio sindacale delle ASL.

#### **Art. 4**

##### *Personale dell'ARES*

1. L'Azienda Regionale della Salute è dotata di personale proprio. La dotazione organica iniziale è garantita mediante l'acquisizione del personale dell'ATS in liquidazione ovvero mediante procedure di mobilità dalla Regione, dalle Aziende Sociosanitarie locali e dagli altri enti del servizio sanitario regionale e da altri enti pubblici, o ancora assunto direttamente mediante procedura concorsuale, qualora le professionalità richieste non siano reperibili presso gli enti suindicati, previa autorizzazione della Giunta regionale.

2. Al personale di cui al primo comma si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del servizio sanitario nazionale e il piano delle assunzioni viene approvato annualmente dalla Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare.

3. Il personale trasferito all'ARES mantiene:

a) il trattamento economico fondamentale e accessorio ove più favorevole, limitatamente alle voci fisse e continuative, corrisposto dall'amministrazione di provenienza al momento dell'inquadramento, mediante l'erogazione di un assegno *ad personam* riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti, nei casi in cui sia individuata la relativa copertura finanziaria, anche a valere sulle facoltà assunzionali;

b) la facoltà di optare per l'inquadramento e il trattamento previdenziale di provenienza.

4. La dotazione organica definitiva dell'ARES è approvata dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, previa corrispondente riduzione della consistenza delle dotazioni organiche e dei relativi fondi contrattuali da parte degli enti di provenienza del personale con effetto dalla data di trasferimento dello stesso.

5. Il Direttore generale dell'ARES può avvalersi di personale in distacco dagli enti del servizio sanitario regionale, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica in materia di personale.

6. Gli incarichi dirigenziali possono essere conferiti a dipendenti in posizione di comando dalla Regione, da enti regionali e da enti del servizio sanitario nazionale in possesso dei titoli di accesso alla qualifica di dirigente e di adeguata esperienza professionale per l'incarico da ricoprire.

#### **Art. 5**

##### *Bilancio dell'ARES*

1. Per la gestione economico-finanziaria dell'ARES si applicano le norme in materia di patrimonio, contabilità e attività contrattuale in vigore per le Aziende Sociosanitarie locali.

2. L'ARES è tenuta a perseguire l'equilibrio economico e finanziario.

3. Il bilancio preventivo annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio sono deliberati nei termini previsti dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

4. L'utilizzo a qualsiasi titolo, da parte dell'ARES, di beni immobili di proprietà della Regione o di altri enti del servizio sanitario regionale, per lo svolgimento delle funzioni attribuite, avviene a titolo gratuito.

#### **Art. 6**

##### *Libri obbligatori dell'ARES*

1. Sono obbligatori i seguenti libri:

a) libro giornale;

b) libro degli inventari;

c) libro degli atti del Direttore generale;

d) libro delle adunanze del Collegio sindacale;

e) libri previsti come obbligatori per la GSA dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e dalla relativa casistica applicativa.

#### **Art. 7**

##### *Commissariamento dell'ATS in liquidazione*

1. Il Commissario dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) in carica all'entrata in vigore della presente legge assume le funzioni di commissario liquidatore dell'azienda fino al 31 dicembre 2019.

2. Entro la scadenza del proprio mandato il commissario liquidatore provvede all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, disponendo il trasferimento all'Azienda Regionale della Salute (ARES) dei rapporti e degli obblighi amministrativi e giuridici, attivi e passivi, debitori e creditizi, di carattere finanziario, fiscale o patrimoniale esistenti alla



data della cessazione e di tutte le cause pendenti e le pretese in corso o future, nonché del patrimonio, del personale e delle funzioni ad essa facenti capo.

## CAPO II

### Ordinamento delle Aziende Sociosanitarie locali (ASL)

#### **Art. 8**

##### *Istituzione delle Aziende Sociosanitarie locali (ASL)*

1. Le ASL 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 dalla presente legge in ordine alle altre strutture di cui all'articolo 2.

2. Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni. L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto sociosanitario.

3. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta Regionale con propria deliberazione, sentita la Commissione consiliare competente, definisce l'articolazione territoriale delle Aziende Sociosanitarie Locali (ASL) secondo i seguenti criteri:

- a) omogeneità territoriale, condizioni geomorfologiche, orografiche e della rete viaria;
- b) presenza di almeno tre presidi ospedalieri nella circoscrizione territoriale di ciascuna azienda;
- c) numero massimo di aziende pari a 5.

4. Con successive deliberazioni la Giunta Regionale, sentita la Commissione consiliare competente, può modificare l'articolazione ed il numero delle Aziende Sociosanitarie Locali (ASL) nel rispetto dei criteri di cui al precedente comma.

5. Entro 30 giorni dall'adozione definitiva della deliberazione di cui al comma 3 del presente articolo, il Presidente della Regione procede alla formale costituzione delle Aziende Sociosanitarie Locali. In sede di prima applicazione, per un periodo non superiore a sei mesi, eventualmente prorogabili una sola volta di ulteriori quattro mesi, a ciascuna ASL è preposto un Amministratore straordinario, nominato dal Presidente della Regione e dotato di pieni poteri, al fine di gestire, per la parte di competenza individuata dall'ARES, la fase di passaggio delle funzioni, del personale, del patrimonio e di tutti i rapporti e gli obblighi amministrativi e giuridici, attivi e passivi, debitori e creditizi, di carattere finanziario e fiscale, rinvenienti dall'ATS in liquidazione.

#### **Art. 9**

##### *Organi delle Aziende Sociosanitarie locali (ASL)*

1. Sono organi delle ASL:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale.

2. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo.

#### **Art. 10**

##### *Direttore Generale delle ASL*

1. Il direttore generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda sanitaria, ne ha la rappresentanza legale e nomina i responsabili delle strutture operative secondo i criteri e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale.

2. I direttori generali delle ASL sono nominati con decreto del Presidente della Regione, su conforme deliberazione della Giunta Regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero all'elenco nazionale di cui al D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

3. Ai fini di cui al precedente comma 2, la Regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul sito internet istituzionale l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi degli idonei. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, composta da tre esperti nominati dal Presidente della Regione, di cui due sulla base di terne di nomi rispettivamente formulate:

a) da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi;

b) dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

4. La commissione, presieduta dal componente di nomina regionale, propone al Presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario regionale.

5. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è motivato e pubblicato sul sito internet istituzionale della Regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al curriculum del nominato, nonché ai curricula degli altri candidati inclusi nella rosa.

6. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

7. Il direttore generale attribuisce gli incarichi di cui al comma 2 dell'articolo 15 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, curando la trasparenza del procedimento e attenendosi ai criteri di professionalità, attitudine gestionale e rispondenza alla programmazione aziendale e agli obiettivi assegnati dalla Regione. Il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dal comma 5 dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni.

8. Ove ricorrano gravi motivi, la Giunta regionale può disporre la sospensione cautelare del direttore generale dall'incarico, per un periodo di tempo determinato e di norma non superiore a sessanta giorni; in tal caso può nominare un commissario straordinario, scelto tra il personale con qualifica dirigenziale dell'Amministrazione regionale o delle aziende sanitarie, al quale spetta un'indennità non superiore a quella percepita dal direttore generale.

9. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Giunta regionale verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, sentito il parere della Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza permanente Regione-enti locali, 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 successivo comma 10.

10. 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 dell'amministrazione, la Giunta regionale risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione, previo parere della Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. La Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza permanente Regione-enti locali, nel caso di manifesta mancata attuazione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale, possono chiedere alla Giunta regionale di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto.



11. In caso di revoca del direttore generale la Giunta regionale, ove non abbia proceduto alla nuova nomina, può nominare, per un periodo di tempo non superiore a sessanta giorni, eventualmente prorogabile per una sola volta, un commissario straordinario.

12. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario regionale, il commissario può essere scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco regionale degli idonei ovvero in quello nazionale.

13. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge in materia di direttori generali, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni e integrazioni.

#### **Art. 11**

##### *Direttore Sanitario e Amministrativo delle ASL*

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza stabiliti dalle leggi dello stato, nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, eventualmente anche di altre regioni, appositamente costituiti.

2. L'incarico di direttore amministrativo e di direttore sanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. In caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

#### **Art. 12**

##### *Elenchi regionali degli idonei alle cariche di vertice aziendali*

1. Gli elenchi regionali degli idonei alle cariche di direttore generale, amministrativo e sanitario sono costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati con apposita deliberazione della Giunta Regionale, da parte di una commissione nominata dal Presidente della Regione e composta da cinque membri, di cui uno con funzioni di presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato o del libero foro abilitati al patrocinio nanti le magistrature superiori, e quattro esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. I componenti della commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali.

2. Gli elenchi regionali degli idonei sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto sessantacinque anni di età in possesso di:

a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, ovvero laurea specialistica o magistrale;

b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato;

c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria o equipollente, esclusivamente per l'elenco degli idonei alla carica di direttore generale;

d) di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

3. I corsi di cui alla lettera c) del comma 2 sono organizzati e attivati con periodicità almeno biennale dalla Regione, anche in ambito interregionale o avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, operanti nel campo della formazione manageriale.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta Regionale, in armonia a quanto previsto per la formazione degli elenchi degli idonei di cui al D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171, definisce i contenuti, la metodologia delle attività didattiche tali da assicurare un più elevato livello della formazione, la durata dei corsi e il termine per l'attivazione degli stessi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione.

5. Sono fatti salvi gli attestati di formazione conseguiti alla data di entrata in vigore del D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171, ai sensi delle disposizioni previgenti e, in particolare dell'articolo 3-bis, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

6. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina dei direttori generali delle aziende miste ospedaliero-universitarie (AMOU).

7. Fino alla costituzione degli elenchi regionali di cui al presente articolo, si applicano, per il conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo, di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario regionale, e per la valutazione degli stessi, le procedure vigenti fino alla data di entrata in vigore del D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

#### **Art. 13**

##### *Collegio Sindacale delle ASL*

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 e comunque ogniqualvolta essa lo richieda, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;

e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda sociosanitaria 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 tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

4. 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.

#### **Art. 14**

##### *Atto Aziendale delle ASL*

1. L'atto aziendale di cui al comma 2 dell'articolo 8 è adottato o modificato dal direttore generale, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria, di cui all'articolo 15, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, predisposti dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente.

2. Il direttore generale trasmette l'atto aziendale alla Giunta regionale per la verifica di conformità agli indirizzi di cui al comma 4; ove la Giunta regionale si pronuncerà nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta



regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni; se la verifica è ancora negativa, la Giunta regionale può revocare il direttore generale oppure nominare un commissario ad acta.

3. Gli indirizzi di cui al comma 4 forniscono in particolare elementi per:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) la valorizzazione delle ASL quali elementi costitutivi e strumenti operativi del servizio sanitario regionale all'interno del quale cooperano per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- c) la definizione di un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti e la compresenza in esse di uno o più presidi ospedalieri;
- d) la specificazione delle funzioni della direzione aziendale, affiancata dai direttori di distretto socio-sanitario, in ordine alla negoziazione e alla stipulazione degli accordi e dei contratti con i produttori di prestazioni e servizi sanitari, alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al Titolo IV;
- e) la specificazione delle principali funzioni del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del direttore dei servizi sociosanitari, del dirigente medico e del dirigente amministrativo di presidio ospedaliero ovvero del direttore di presidio ospedaliero scelto tra i due, del direttore di dipartimento, del direttore di distretto socio-sanitario, del coordinatore dei servizi delle professioni sanitarie e sociali di cui alla Legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, del consiglio delle professioni sanitarie;
- f) la scelta del dipartimento come modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende, dotato di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;
- g) la definizione degli organi del dipartimento:
  - I) un direttore, nominato dal direttore generale sulla base di una rosa di candidati selezionata dal comitato di dipartimento, per la durata di tre anni rinnovabili una sola volta, che ha la gestione complessiva del budget, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, è garante della continuità assistenziale e della qualità dell'assistenza e ne assicura la verifica e il miglioramento continuo, promuove l'aggiornamento continuo tecnico scientifico del personale, rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e può mantenere le funzioni assistenziali;
  - II) il comitato di dipartimento, composto dai responsabili delle strutture che vi afferiscono e da una quota di componenti elettivi, individuati tra le professionalità presenti all'interno del dipartimento, il quale concorre alla definizione del programma d'attività ed alla verifica degli obiettivi;
- h) l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;
- i) le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;

l) la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza;

m) le modalità di raccordo con l' Agenzia regionale per la protezione dell' ambiente della Sardegna (ARPAS) e con l' Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna;

n) la determinazione delle risorse professionali necessarie per assicurare i livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli posti dalla normativa nazionale e regionale e dalla programmazione regionale.

#### CAPO III

##### Ordinamento dell' Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" ( ARNAS )

#### **Art. 15**

##### *Disposizioni sull'ARNAS "G. Brotzu"*

1. L'azienda ospedaliera di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" di cui all'articolo 2, primo comma, lettera c) e gli istituti di cui al comma 2 del medesimo articolo sono disciplinati in analogia, per quanto applicabile, con le ASL; la Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tali aziende e istituti in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali ai sensi dell'articolo 14.

#### CAPO IV

##### Ordinamento delle Aziende Miste Ospedaliero Universitarie (AMOU)

#### **Art. 16**

##### *Disposizioni sulle aziende miste ospedaliero-universitarie (AMOU)*

1. Le aziende ospedaliero-universitarie sono disciplinate sulla base dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo n. 517 del 1999. La Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tali aziende in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali.

2. Gli indirizzi relativi agli atti aziendali delle aziende miste ospedaliero-universitarie sono predisposti dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente e previa intesa, per quanto concerne i dipartimenti ad attività integrata e le strutture complesse a direzione universitaria, con i rettori delle università.

3. Il direttore generale adotta l'atto aziendale dell'azienda ospedaliero-universitaria d'intesa con il rettore dell'università interessata, in relazione ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture complesse a direzione universitaria; l'atto aziendale disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nel rispetto di quanto stabilito, limitatamente ai profili concernenti l'integrazione tra attività assistenziali e funzioni di didattica e di ricerca, dai protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio, ai sensi del comma 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo n. 517 del 1999.

4. Il direttore generale trasmette, entro quindici giorni, copia degli atti aziendali alla Giunta Regionale per il tramite dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, al fine della verifica di conformità rispetto agli indirizzi fissati. Ove la Giunta regionale si pronunci nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni; se la verifica è ancora negativa, il Presidente della Regione, sentito il Rettore dell'Università interessata, può revocare il direttore generale oppure nominare un commissario ad acta.

5. L'apporto economico-finanziario dell'università e della Regione all'azienda ospedaliero-universitaria avviene secondo le modalità stabilite dall'articolo 7 e dal comma 7 dell'articolo 8 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517.



4. La remunerazione delle prestazioni e dei servizi resi dalle AMOU è definita, in relazione ai volumi di attività contrattati, nell'ambito degli accordi, salvo le eventuali assegnazioni regionali connesse a specifiche funzioni anche assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale.

#### **Art. 17**

##### *Azienda Mista Ospedaliero-Universitaria di Sassari (AMOU Sassari)*

1. La Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari (AOU Sassari) già istituita il 27 aprile 2007 con deliberazione della Giunta Regionale n. 17/2, ai sensi degli articoli 1 e 18 della L.R. 28 Luglio 2006 n.10 e in attuazione del protocollo d'intesa approvato dalla Giunta Regionale, con deliberazione n. 38/5 del 16 Settembre 2004, e sottoscritto dalla Regione e dalle Università degli Studi di Cagliari e di Sassari in data 11 ottobre 2004, è riconosciuta ai sensi dell'art. 2, primo comma, lett. c) della presente legge come ente di governo del sistema sanitario regionale ed è ridenominata "Azienda Mista Ospedaliero Universitaria di Sassari (AMOU Sassari)".

2. Sono presidi ospedalieri dell'AMOU Sassari:

a) le Cliniche San Pietro;

b) l'Ospedale Civile SS. Annunziata.

#### **Art. 18**

##### *Azienda Mista Ospedaliero-Universitaria di Cagliari (AMOU Cagliari)*

1. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Cagliari (AOU Cagliari), già istituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 13/1 del 30.3.2007, adottata in base all'art. 1 comma 3 della L.R. 28 luglio 2006 n. 10, ed operativa dal 14.05.2007, è riconosciuta ai sensi dell'art. 2, primo comma, lett. c) della presente legge come ente di governo del sistema sanitario regionale ed è ridenominata "Azienda Mista Ospedaliero Universitaria di Cagliari (AMOU Cagliari)".

2. Sono presidi ospedalieri dell'AMOU Cagliari:

a) il Policlinico "Duilio Casula"

b) l'Ospedale San Giovanni di Dio.

3. Entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge e con decorrenza dal 1° gennaio 2020, i presidi ospedalieri "Microcitemico" ed "Oncologico - A. Businco", sono scorporati dall'ARNAS "G. Brotzu" ed incorporati nell'AMOU Cagliari.

#### **CAPO V**

##### **Ordinamento dell'Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS)**

#### **Art. 19**

##### *Azienda regionale di emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS)*

1. L'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile ha l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale.

2. L'AREUS 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 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 anche finalizzati al rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure, 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 2 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) promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

#### **Art. 20**

##### *Numero Unico di Emergenza (NUE) 112*

1. L'Azienda garantisce l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea, attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ASL 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 Protezione Civile presso la Presidenza della Regione.

#### **Art. 21**

##### *Organi dell'Areus*

1. Sono organi dell'Azienda:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale;
- c) il collegio di direzione.

2. Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all'articolo 10, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali nelle ASL.

3. Il funzionamento dell'Azienda, la composizione degli organi e le relative procedure di nomina sono regolati, in quanto compatibili, da tutte le norme previste per gli altri enti del servizio sanitario regionale.

#### **CAPO VI**

##### **Ordinamento degli Organismi aziendali consultivi e status della dirigenza sanitaria**

#### **Art. 22**

##### *Consiglio delle professioni sanitarie*

1. Il Consiglio delle professioni sanitarie è organismo consultivo-elettivo delle ASL, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie; esso esprime pareri e formula proposte nelle materie per le quali l'atto aziendale lo preveda.

2. Il Consiglio delle professioni sanitarie esprime il parere obbligatorio in particolare sulle attività di assistenza sanitaria e gli investimenti ad esse attinenti, sulla relazione sanitaria aziendale e sui programmi annuali e pluriennali delle aziende; il parere è espresso entro il termine di quindici giorni dal ricevimento degli atti trascorso inutilmente il quale si intende acquisito come positivo; il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità al parere espresso dal Consiglio delle professioni sanitarie.

3. Il Consiglio delle professioni sanitarie dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la data di scadenza ed hanno luogo entro trenta giorni dalla data di cessazione del precedente.



4. La composizione del Consiglio delle professioni sanitarie (formato da un numero da 20 a 40 componenti) è determinata dall'atto aziendale; in ogni caso: a) il 40 per cento dei componenti sono rappresentativi della componente medica ospedaliera;

b) il 30 per cento deve rappresentare la componente medica extraospedaliera, in particolare i dipartimenti di prevenzione e della emergenza-urgenza, i medici di medicina generale e della continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari; la proporzione tra le varie componenti è stabilita dall'atto aziendale;

c) il restante 30 per cento deve rappresentare gli altri laureati del ruolo sanitario, il personale infermieristico, il personale tecnico sanitario, eletti tra i dirigenti; d) fanno parte di diritto del Consiglio delle professioni sanitarie il direttore sanitario che lo presiede e, senza diritto di voto, il presidente dell'Ordine dei medici o un suo delegato.

5. Nelle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie la componente di cui alla lettera a) del comma 4 costituisce il 70 per cento del Consiglio delle professioni sanitarie e, per le aziende ospedaliero-universitarie, è divisa a metà tra componente universitaria e componente ospedaliera; il restante 30 per cento è attribuito come alla lettera c) del comma 4.

6. Le modalità di elezione del Consiglio delle professioni sanitarie sono definite nell'atto aziendale; in ogni caso, l'elezione avviene a scrutinio segreto e ciascun elettore indica un numero di nominativi non superiore al 50 per cento di quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere.

7. 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.

#### **Art. 23**

##### *Collegio di direzione*

1. Gli atti aziendali stabiliscono la composizione e le attribuzioni del Collegio di direzione sulla base degli indirizzi regionali di cui al comma 3 dell'articolo 9, prevedendo comunque la presenza in esso di personale sanitario convenzionato, i raccordi con gli organi aziendali, la sua partecipazione all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale, nonché il suo potere di proposta sulle modalità ottimali per:

a) estendere la cultura e la pratica di un corretto governo delle attività cliniche o governo clinico;

b) prevenire l'instaurazione di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;

c) favorire la gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni;

d) garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;

e) promuovere una cultura collaborativa nei confronti delle altre aziende sanitarie, in particolare con riguardo alla mobilità intraregionale e allo sviluppo della rete dei servizi.

#### **Art. 24**

##### *Dirigenza del ruolo sanitario*

1. La dirigenza del ruolo sanitario ha rapporto di lavoro esclusivo, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 15 *sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. e ii., ed avuto riguardo al principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 2 *septies* del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 (Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica), convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 maggio 2004, n. 138.

2. L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti del ruolo sanitario di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, nonché di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo n. 517 del 1999.

La validità dei contratti individuali relativi a tali incarichi, operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.

**TITOLO II**  
DELLA TUTELA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DEL CITTADINO

CAPO I  
Prestazioni Sanitarie

**Art. 25**

*Tutela del diritto del cittadino alla salute e al benessere*

1. È compito della Regione:

- a) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione di interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con il sistema scolastico, gli ordini professionali, l'università e con le organizzazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale, nonché per la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e alla verifica dei risultati;
- b) emanare linee guida per la omogenea definizione delle Carte dei servizi e sovrintendere al processo di attuazione delle stesse;
- c) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione del consenso informato e per assicurare ai cittadini l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie ed al luogo di cura;
- d) emanare linee guida per la realizzazione uniforme degli uffici di relazioni con il pubblico, di uffici di pubblica tutela e di punti di accesso unitario ai servizi sanitari, nei presidi ospedalieri e a livello distrettuale;
- e) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione, anche sperimentale, di interventi, stili e pratiche operative, formazione delle professionalità, finalizzati alla umanizzazione delle cure ed alla costruzione del benessere del cittadino malato attraverso le varie componenti del sistema sanitario: le professionalità tecnico-scientifiche, l'interazione tra le diverse professionalità, l'organizzazione del lavoro, le strutture e il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale.

2. Nelle aziende sanitarie sono istituiti:

- a) un Ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente del servizio sanitario regionale; la funzione di responsabile dell'ufficio di pubblica tutela ha natura di servizio onorario;
- b) un ufficio di relazioni con il pubblico, affidato a personale dipendente;
- c) punti di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS) in ogni presidio ospedaliero e in ogni distretto, composti da responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale.

**Art. 26**

*Erogazione delle prestazioni sanitarie*

1. L'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche o private è disciplinato dai principi tratti dagli articoli 8, 8 bis, 8 ter, 8 quater e 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, dalle disposizioni della presente legge e dalle disposizioni adottate dalla Giunta regionale ai sensi del comma 2.

2. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinati alle relative autorizzazioni, ai sensi degli articoli 5 e 6. L'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR è subordinato all'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 7. La remunerazione delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati è subordinata alla definizione degli accordi e alla stipulazione dei rapporti contrattuali ai sensi dell'articolo 8.

3. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il SSR è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni. Le attività dei medici di medicina generale, dei pediatri



di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private, nonché dei professionisti di cui al comma 2 bis dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, sono raccordate con le attività e le funzioni delle ASL, di regola a livello distrettuale.

4. Le disposizioni della presente legge relative alle strutture, alle prestazioni e ai servizi sanitari si applicano anche alle strutture, alle prestazioni e ai servizi sociosanitari.

#### **Art. 27**

##### *Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie*

1. La Giunta regionale stabilisce l'ambito di applicazione, le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e al trasferimento, ristrutturazione, ampliamento e completamento di strutture sanitarie già esistenti, sulla base degli indicatori di fabbisogno determinati dal Piano regionale dei servizi sanitari di cui all'articolo 31 o dagli atti che ne costituiscono attuazione. Per l'espletamento dell'attività istruttoria relativa alla verifica di compatibilità di nuove strutture sanitarie, prevista dall'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, la Regione si avvale del Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti di cui al comma 3 dell'articolo 28.

2. Per i soggetti di cui al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, non è applicabile l'obbligo di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie di cui al comma 1.

#### **Art. 28**

##### *Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie*

1. La Giunta regionale stabilisce e aggiorna, con propria deliberazione, i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, nonché, sentiti gli ordini professionali e le associazioni professionali maggiormente rappresentative, degli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, sulla base dei principi e dei criteri direttivi contenuti nel comma 4 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, definendo altresì la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi, nonché le modalità e i termini per la richiesta dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie.

2. Le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione di cui al comma 1 spettano:

a) ai comuni, con facoltà di avvalersi delle ASL, per quanto concerne le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale e gli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui al comma 2 dell'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni;

b) alla Regione, per quanto concerne le strutture a più elevata complessità.

3. In relazione alle strutture a più elevata complessità, presso il competente Assessorato regionale è costituito un apposito Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti, composto da personale regionale, da personale delle aziende sanitarie e, qualora necessario, da professionisti esterni con qualificazione sanitaria e/o tecnica adeguata.

#### **Art. 29**

##### *Accreditamento istituzionale*

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private, autorizzate ai sensi dell'articolo 28, nonché i professionisti che intendono erogare prestazioni per conto del SSR, devono ottenere dalla Regione l'accreditamento istituzionale. La Giunta regionale, con propria deliberazione, adottata su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, sentita la competente Commissione consiliare, individua i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale e stabilisce i requisiti di qualità strutturali, tecnologici e organizzativi, ulteriori rispetto a quelli minimi, necessari per ottenere l'accreditamento. In particolare, le strutture che chiedono l'accreditamento devono assicurare forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla definizione dell'accessibilità dei medesimi e alla verifica dell'attività svolta, un'adeguata dotazione quantitativa e la qualificazione

professionale del personale effettivamente impiegato, la partecipazione della struttura stessa a programmi di accreditamento professionale tra pari, la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per il personale comunque impiegato.

2. Con la medesima procedura la Giunta regionale aggiorna periodicamente i requisiti di cui al comma 1 e definisce la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi, prevedendo altresì modalità e termini per la richiesta dell'accreditamento istituzionale, nonché casi e modi di riesame della medesima.

3. Sui requisiti per l'accreditamento degli studi professionali la Giunta regionale acquisisce il parere degli ordini e dei collegi professionali interessati.

### **Art. 30**

#### *Accordi e contratti*

1. Le ASL definiscono gli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, tenuto conto dei piani annuali preventivi e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione regionale, assicurando trasparenza, informazione e correttezza dei procedimenti decisionali. La Giunta regionale definisce appositi indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate alla stipula di accordi e contratti e predispone uno schema-tipo degli stessi.

### **TITOLO III**

#### **DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

#### **CAPO I**

### **Art. 31**

#### **Programmazione sanitaria regionale**

1. Il Piano regionale dei servizi sanitari ha durata triennale e rappresenta il piano strategico degli interventi di carattere generale per il perseguimento degli obiettivi di salute e di qualità del SSR al fine di soddisfare le esigenze specifiche della realtà regionale, anche con riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

2. La proposta di Piano regionale dei servizi sanitari, predisposta dall'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale ed approvata dalla Giunta regionale, è presentata al Consiglio regionale, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di vigenza del piano in scadenza; il Consiglio regionale approva il piano dei servizi sanitari entro il successivo 31 ottobre.

Spetta alla Giunta regionale approvare gli atti che costituiscono attuazione del Piano dei servizi sanitari.

Le linee guida e i progetti-obiettivo attuativi del Piano regionale dei servizi sanitari sono adottati dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, che lo esprime entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi i quali il parere si intende espresso positivamente.

3. Nella predisposizione della proposta di piano di cui al comma 1, l'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale promuove una larga consultazione della comunità regionale, secondo i principi stabiliti dalla presente legge.

4. La Giunta regionale può presentare al Consiglio regionale una proposta di adeguamento del piano tenuto conto di eventuali priorità emergenti. La proposta di adeguamento è approvata con le modalità di cui al comma 2.

5. Il piano regionale dei servizi sanitari:

a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;



- b) indica le aree prioritarie di intervento ai fini del raggiungimento di obiettivi di salute, anche attraverso la predisposizione di progetti obiettivo;
- c) individua gli strumenti finalizzati ad orientare il SSR verso il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- d) fornisce indirizzi relativi alla formazione ed alla valorizzazione delle risorse umane;
- e) indica le risorse disponibili e le attività da sviluppare;
- f) fornisce criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari;
- g) definisce la rete ospedaliera riguardo alla distribuzione dell'offerta dei posti letto pubblici e privati fra le aziende sanitarie locali e ospedaliere, alla presenza nelle aziende sanitarie delle diverse discipline, nonché all'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale;
- h) individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

### **Art. 32**

#### *Programmazione sanitaria e sociosanitaria locale*

1. Alla definizione della programmazione attuativa locale concorre la Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria ai sensi e con le modalità di cui al successivo comma 2 e all'articolo 34.
2. La Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 31, nonché del Piano locale unitario dei servizi (PLUS), ove adottato, verifica entro il 30 giugno di ogni anno il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione attuativa locale; entro il 30 giugno del terzo anno di vigenza del PLUS, la Conferenza delibera gli indirizzi per la nuova programmazione locale tenendo conto delle conseguenze finanziarie per l'azienda sanitaria locale e per gli altri soggetti sottoscrittori del PLUS.
3. Sulla base degli indirizzi di cui al comma 2 e contestualmente all'adozione del bilancio di previsione, il direttore generale adotta, entro il 15 novembre di ogni anno, il programma sanitario annuale ed il programma sanitario triennale, con allegato il programma degli investimenti di cui all'articolo 14 della Legge 11 febbraio 1994, n. 109 (Legge quadro in materia di lavori pubblici) e successive modificazioni. Nelle relative delibere di adozione il direttore generale espone le ragioni che hanno eventualmente indotto a discostarsi dai pareri espressi dalla Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria.
4. I programmi sanitari annuale e triennale delle ASL sono approvati dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre.
5. Le aziende sanitarie predispongono annualmente una relazione sanitaria sullo stato di attuazione dei rispettivi programmi, promuovendo la partecipazione delle strutture organizzative e del Consiglio delle professioni sanitarie e la trasmettono, entro il 30 giugno, alla Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria ed alla Giunta regionale.
6. La Giunta regionale predispone annualmente la relazione sanitaria regionale sullo stato d'attuazione del programma e degli obiettivi definiti dal Piano dei servizi sanitari e la trasmette, entro il 30 ottobre, al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e sociosanitaria.

### **Art. 33**

#### *Integrazione sociosanitaria*

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali in ambito regionale, attraverso l'adozione del piano dei servizi sanitari e del piano dei servizi sociali e, in ambito locale, mediante il PLUS di cui all'articolo 20 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23.

2. Il direttore dei servizi sociosanitari, è nominato dal direttore generale, viene scelto fra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, svolta nei dieci anni precedenti alla nomina, di attività di dirigenza nei servizi sociosanitari e psico-sociali e laurea in discipline sociali e sanitarie.

3. Il direttore dei servizi sociosanitari fa parte dello staff di direzione e svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- a) supporta la direzione generale e le direzioni distrettuali per l'integrazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;
- b) è preposto al coordinamento funzionale delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria dell'azienda;
- c) partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS.

4. Le ASL partecipano alla definizione del PLUS di riferimento con il direttore generale ovvero con il direttore dei servizi sociosanitari e con il direttore del distretto.

#### **Art. 34**

##### *Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria*

1. La Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria è composta dai rappresentanti legali di ciascuno degli enti locali che ricadono nell'ambito territoriale dell'ASL di riferimento e si riunisce almeno due volte l'anno.

2. La Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria:

- a) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle ASL, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al direttore generale ed alla Regione;
- b) esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale e sulle modifiche dello stesso, sul programma sanitario annuale e sul programma sanitario triennale delle ASL, sui bilanci annuale e pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio, sugli accordi tra le aziende sanitarie e l'università, attuativi dei protocolli d'intesa, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni;
- c) valuta, entro il 30 giugno di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale;
- d) esprime il parere previsto dal comma 9 dell'articolo 10.

3. La presidenza della Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria è composta dal presidente della provincia o dall'assessore competente delegato, dai presidenti dei Comitati di distretto e dal sindaco del capoluogo di provincia, ricadenti nell'ambito territoriale della ASL di riferimento, ed ha funzioni di rappresentanza, formazione dell'ordine del giorno e convocazione delle riunioni, di organizzazione dei lavori della Conferenza e di verifica dell'attuazione delle decisioni assunte.

4. La Conferenza di cui al comma 1 esprime i pareri di propria competenza entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come positivi.

#### **Art. 35**

##### *Rapporti tra Regione e ASL*

1. La Giunta regionale:

- a) definisce in via preventiva gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;



c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b), nonché il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502.

2. Le funzioni di supporto metodologico e tecnico-scientifico all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1 sono svolte dall'Agenzia Regionale della Salute (ARES).

3. La Regione persegue l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, promuove l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorisce il coordinamento a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto, anche attraverso aziende capofila, di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale.

#### **Art. 36**

##### *Servizi sanitari e sociosanitari del territorio*

1. Le ASL assicurano i livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

2. L'organizzazione dipartimentale è regolata dall'atto aziendale; sono in ogni caso istituiti in ogni azienda sanitaria i seguenti dipartimenti territoriali:

a) dipartimento di prevenzione, articolato ai sensi del comma 2 dell'articolo 7 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni;

b) dipartimento della salute mentale.

3. I distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. In sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'attività dei direttori generali delle ASL, la Giunta regionale assegna specifico rilievo alla funzionalità operativa dei distretti.

4. I distretti concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL ed i comuni e a favorire l'attuazione dei principi della presente legge.

5. Il distretto territoriale, diretto da un responsabile nominato ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ed assicura:

a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;

b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;

c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;

d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;

e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria nonché di informazione agli utenti;

f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;

g) l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.

6. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

7. Il direttore generale dell'ASL, d'intesa con la Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, individua i distretti e le eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali, sulla base dei criteri indicati negli indirizzi regionali, i quali tengono conto delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della densità della popolazione residente nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. Il direttore generale trasmette alla Regione i provvedimenti conseguenti con le stesse modalità previste per l'atto aziendale. Trascorsi centoventi giorni dall'adozione degli indirizzi regionali, in assenza dell'intesa di cui al presente comma, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, procede alla individuazione dei distretti e delle eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali.

8. In ogni distretto comprendente più comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il comitato di distretto sociosanitario, composto dai sindaci dei comuni o loro delegati. Ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, fanno parte del comitato di distretto anche i presidenti delle circoscrizioni comprese nel distretto stesso.

9. Il comitato di distretto socio-sanitario elegge al proprio interno il presidente con deliberazione adottata a maggioranza dei componenti; svolge i compiti di cui ai commi 3 e 4 dell'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, ed esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal direttore di distretto e approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il comitato medesimo.

10. Il comitato di distretto sociosanitario verifica l'andamento delle attività di competenza del distretto e formula al direttore generale dell'azienda sanitaria locale osservazioni e proposte sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi e delle strutture di livello distrettuale.

11. Il comitato di distretto sociosanitario si riunisce obbligatoriamente almeno due volte l'anno, nonché su richiesta del direttore generale dell'azienda sanitaria locale o di almeno un terzo dei componenti il comitato medesimo. L'atto aziendale delle ASL determina le modalità di elezione, convocazione e funzionamento del comitato di distretto.

12. Il direttore generale dell'ASL assicura il coordinamento tra le attività dei distretti e il PLUS avvalendosi per quest'ultimo del direttore dei servizi sociosanitari.

#### **TITOLO IV**

#### **FINANZIAMENTO, GESTIONE E CONTROLLO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE**

##### **Art. 37**

##### *Finanziamento del servizio sanitario regionale*

1. Il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato dal Fondo sanitario regionale, costituito dai fondi assegnati alla Regione o da questa acquisiti ai sensi della normativa vigente, nonché, ove presenti, dalla quota regionale di partecipazione alla spesa sanitaria e dai fondi regionali destinati a finanziare eventuali livelli integrativi di assistenza definiti a livello regionale.

2. La Giunta regionale individua ogni anno, sentita la Commissione consiliare competente in materia di sanità, i criteri per il riparto annuale del Fondo sanitario regionale tra le ASL tenuto conto dei livelli essenziali di assistenza e sulla base di:

a) popolazione residente, tenuto conto delle caratteristiche demografiche rilevanti ai fini dei bisogni di assistenza;

b) variabili di contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche infrastrutturali del territorio, alla variabilità demografica stagionale e ai fenomeni di spopolamento;



- c) fabbisogno di assistenza tenuto conto della domanda di prestazioni e della rete dei servizi e presidi;
- d) obiettivi assistenziali e funzioni di coordinamento assegnati alle ASL dalla programmazione regionale.

3. Il riparto del Fondo sanitario regionale è altresì effettuato, per le specifiche funzioni assistenziali assegnate, a favore delle altre aziende e istituti pubblici di cui al primo comma dell'articolo 2.

#### **Art. 38**

##### *Contabilità economico-patrimoniale*

1. Il sistema della contabilità economico-patrimoniale delle aziende sanitarie è definito dalla Giunta regionale, informandosi ai principi e alle disposizioni del Codice civile e tenendo conto del sistema informativo sanitario nazionale e regionale, nonché delle esigenze poste dal consolidamento della finanza pubblica.
2. Il direttore generale adotta entro il 15 novembre, sulla base del finanziamento come ripartito a norma dell'articolo 37, il bilancio annuale di previsione e il bilancio pluriennale di previsione contestualmente all'adozione sia del Programma sanitario annuale, sia del Programma sanitario triennale. Un piano annuale di fabbisogno del personale è inserito come allegato al bilancio annuale di previsione e ne costituisce parte integrante. Gli atti previsti nel presente comma sono trasmessi contestualmente alla loro adozione al competente Assessorato ed all'ARES.

#### **Art. 39**

##### *Sistema di programmazione e controllo*

1. Il sistema di programmazione e controllo si compone dei seguenti strumenti:
  - a) programma sanitario pluriennale e annuale;
  - b) sistema informativo;
  - c) sistema budgetario;
  - d) contabilità analitica;
  - e) sistema degli indicatori.
2. Le caratteristiche e le modalità di gestione degli strumenti di cui al comma 1 sono stabiliti dalla Giunta regionale, tenuto conto del sistema informativo sanitario nazionale e regionale.
3. Il sistema budgetario di cui alla lettera c) del comma 1 comprende:
  - a) limitatamente alle ASL, il budget di tutela, che raffronta il fabbisogno per macro-funzioni assistenziali, quale determinato dalla Regione in sede di riparto del Fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 37, con il costo di acquisto o di produzione delle prestazioni e dei servizi necessari per assicurare il raggiungimento degli obiettivi assegnati;
  - b) i budget delle macro-articolazioni organizzative e dei centri di responsabilità individuati nell'atto aziendale.

#### **Art. 40**

##### *Controlli regionali*

1. La Regione esercita, per il tramite dell'Assessorato competente, il controllo preventivo sui seguenti atti delle aziende sanitarie:
  - a) bilancio di esercizio;
  - b) atti di disposizione del patrimonio eccedenti l'ordinaria amministrazione;
  - c) atti o contratti che comportino impegni di spesa su base pluriennale per un importo complessivo superiore a euro 5.000.000; il controllo deve avvenire entro quindici giorni lavorativi, trascorsi i quali gli atti si intendono approvati.

2. Gli atti o i contratti che comportino impegni di spesa inferiori a euro 5.000.000 non sono soggetti a controllo preventivo ma sono comunicati all'Assessorato contestualmente alla loro adozione.
3. Il controllo di cui al comma 1 è di legittimità e di merito. Il controllo di legittimità consiste nel giudizio circa la conformità dell'atto rispetto a disposizioni legislative e regolamentari. Il controllo di merito ha natura di atto di alta amministrazione e consiste nella valutazione della coerenza dell'atto adottato dall'azienda rispetto agli indirizzi della programmazione regionale, alle regole di buona amministrazione e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.
4. Il termine per l'esercizio del controllo di cui alle lettere a) e b) del comma 1 è di quaranta giorni ed è interrotto qualora l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale richieda chiarimenti o elementi integrativi; il medesimo termine è sospeso dal 5 al 25 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio.
5. Gli atti soggetti al controllo preventivo ai sensi del comma 1 sono pubblicati in forma integrale contestualmente al loro invio al controllo. Nelle more del controllo regionale, ad essi non può essere data esecuzione.
6. La Giunta regionale nomina commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, in caso di omissione o ritardo da parte del direttore generale.
7. In caso di contemporanea assenza o impedimento del Direttore Generale e dei Direttori amministrativo e sanitario degli enti di governo del SSR, gli atti urgenti ed indifferibili nell'interesse di ciascuna azienda sono adottati in via sostitutiva e straordinaria dal Direttore Generale della Sanità della Regione.

## **TITOLO V** **DEGLI INVESTIMENTI STRUTTURALI**

### **CAPO I** **RINNOVO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE**

#### **Art. 41**

##### *Realizzazione di Nuovi Presidi Ospedalieri*

1. La Giunta Regionale, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone un piano di investimenti straordinari per il rinnovo e la sostituzione delle strutture ospedaliere esistenti mediante la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, di moderna concezione architettonica e funzionale, in grado di realizzare una migliore efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie, anche mediante ricorso alla finanza di progetto.
2. Per le finalità di cui al primo comma, la Giunta individua, in particolare, i presidi ospedalieri da sostituire con nuove strutture e quelli da mantenere in efficienza. Con riferimento a questi ultimi, acquisisce dalle Aziende entro le quali essi ricadono le relazioni tecniche di quantificazione economica degli interventi da realizzare.

#### **Art. 42**

##### *Piano Straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei Presidi Ospedalieri*

1. Sulla base dei dati acquisiti ai sensi dell'articolo 41, comma 2, la Giunta Regionale approva un Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei Presidi Ospedalieri, che dia priorità alle seguenti azioni:
  - a) adeguamento delle strutture a norme di legge;
  - b) ammodernamento impiantistico;
  - c) riqualificazione estetica e funzionale dei Pronto soccorso;
  - d) riqualificazione estetica e funzionale delle restanti aree delle strutture, inclusi gli spazi esterni e comuni;



CAPO II  
STRUTTURE AUSILIARIE TERRITORIALI DEL SSR

**Art. 43**

*Case della salute*

1. La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella Casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.
2. Le Case della salute operano per conseguire i seguenti obiettivi:
  - a) appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
  - b) riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
  - c) unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
  - d) semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.
3. Le Case della salute operano secondo i seguenti criteri e assicurando le seguenti funzioni:
  - a) garantiscono adeguata continuità assistenziale, secondo le esigenze della rete territoriale di riferimento, di norma per sette giorni alla settimana e sulle ventiquattro ore;
  - b) assicurano l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) distrettuali e di quelli riferiti all'area dell'integrazione sociosanitaria, con riguardo alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
  - c) promuovono il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, sociosanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali;
  - d) sviluppano percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura ed assistenza, utilizzando linee guida e protocolli adeguati;
  - e) sviluppano l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi sociosanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni;
  - f) garantiscono la funzione di sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione sociosanitaria (PUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP);
  - g) prevedono, in rapporto all'ambito territoriale di riferimento, la presenza di adeguati servizi diagnostici e clinici;
  - h) prevedono la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;
  - i) assicurano, secondo le specifiche previsioni della rete regionale dell'emergenza-urgenza, la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118), nonché di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati, di promozione sociale.

4. L'organizzazione dei servizi secondo i criteri indicati nel comma 3 avviene attraverso il coinvolgimento degli operatori sanitari e sociali e con la partecipazione degli enti locali e delle loro rappresentanze istituzionali.

5. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, disciplina funzioni e organizzazione delle Case della salute, prevedendo livelli e tipologie differenziati per la modulazione delle attività di cui al comma 3, in base alle caratteristiche territoriali e alla programmazione delle reti assistenziali, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani sperimentali approvati, nonché delle aggregazioni funzionali territoriali e delle unità complesse di cure primarie di cui alla normativa vigente.

#### **Art. 44**

##### *Ospedali di comunità*

1. Al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi, è istituito l'ospedale di comunità (OsCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

2. Gli ospedali di comunità sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani sperimentali approvati nel corso degli ultimi anni.

3. Le aziende sanitarie locali organizzano, nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti.

### **TITOLO VI**

#### **DELLE DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

##### **CAPO I**

##### **DISPOSIZIONI TRANSITORIE**

#### **Art. 45**

##### *Amministrazione straordinaria delle Aziende sanitarie, ospedaliere e miste*

1. In attuazione delle finalità della presente legge, la Giunta Regionale definisce mediante specifiche deliberazioni il processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo degli enti di governo del servizio sanitario della Sardegna.

2. Per la realizzazione del processo di riforma degli assetti istituzionali ed organizzativi del sistema sanitario regionale previsto dalle disposizioni della presente legge la Giunta regionale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede alla nomina di amministratori straordinari delle aziende sanitarie e ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie esistenti; in quest'ultimo caso gli amministratori sono nominati d'intesa con i competenti Rettori delle università.

3. Gli amministratori straordinari di cui al comma 2 predispongono, entro novanta giorni dal loro insediamento, un piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della presente legge redigendo uno specifico progetto di scorporo, incorporazione e di riconversione al fine di individuare i rami di amministrazione e le attività da trasferire ai costituendi enti di governo del SSR di cui all'articolo 2, primo comma, della presente legge.

4. La Giunta regionale, entro i successivi trenta giorni, approva il piano regionale di riorganizzazione e riqualificazione che raccoglie, ed eventualmente modifica, i piani predisposti dagli amministratori straordinari. Il piano regionale è



approvato previo parere della competente Commissione consiliare da esprimersi entro il termine di quindici giorni, decorsi infruttuosamente i quali, se ne prescinde.

5. La deliberazione di nomina degli Amministratori straordinari ne determina:

a) la durata dell'incarico entro il limite di quattro mesi, eventualmente prorogabile una sola volta per ulteriori quattro mesi;

b) il compenso entro i limiti massimi di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 51/1 del 23.09.2016;

6. Gli amministratori straordinari, scelti tra i dirigenti in servizio nella pubblica amministrazione con qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione di strutture in ambito sociosanitario ovvero tra gli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende sanitarie, hanno i poteri dei direttori generali e sono coadiuvati nell'esercizio delle loro funzioni da due dirigenti facenti le funzioni di direttore amministrativo e di direttore sanitario.

7. L'amministratore straordinario e i dirigenti facenti le funzioni di direttore amministrativo e di direttore sanitario decadono con la nomina degli organi ordinari dei nuovi enti di governo del SSR.

#### **Art. 46**

##### *Sperimentazioni gestionali in sanità*

1. Ai sensi dell'articolo 9 *bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, la giunta regionale, acquisito il parere della Commissioni consiliare competente, può autorizzare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario regionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

2. Il provvedimento di cui al comma 1 deve indicare le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai criteri richiamati dall'articolo 9 *bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.

3. La selezione dei soggetti che partecipano alla sperimentazione è effettuata tramite procedura ad evidenza pubblica secondo le disposizioni vigenti.

#### CAPO II

#### DISPOSIZIONI FINALI

#### **Art. 47**

##### *Abrogazioni*

1. Sono abrogate:

a) la legge regionale 27 luglio 2016, n. 17;

b) la legge regionale 17 novembre 2014, n. 23;

c) la legge regionale 28 luglio 2006, n. 10.

2. Sono altresì abrogate tutte le disposizioni in contrasto con le norme della presente legge.

**Art. 48**

*Norma Finanziaria*

1. Agli oneri eventualmente derivanti dalla presente legge si fa fronte a valere sugli stanziamenti del Fondo sanitario regionale.

**Art. 49**

*Entrata in vigore*

1. La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (Buras).

Bozza On. Angelo Coccia