

**LEGGI  
E REGOLAMENTI REGIONALI**

LEGGE REGIONALE 23 dicembre 2004, n. 29

**NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED  
IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO  
REGIONALE**

*IL CONSIGLIO REGIONALE HA APPROVATO  
IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE PROMULGA  
la seguente legge:*

**SOMMARIO**

- Art. 1 – Tutela della salute e Servizio sanitario regionale
- Art. 2 – Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale
- Art. 3 – Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie
- Art. 4 – Distretti sanitari
- Art. 5 – Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali
- Art. 6 – Bilancio, patrimonio ed investimenti delle Aziende sanitarie
- Art. 7 – Sperimentazioni gestionali
- Art. 8 – Personale del Servizio sanitario regionale
- Art. 9 – Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università
- Art. 10 – Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
- Art. 11 – Promozione della ricerca e della formazione in sanità
- Art. 12 – Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50
- Art. 13 – Entrata in vigore

**Art. 1**

*Tutela della salute e Servizio sanitario regionale*

1. Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato 'Ssr') è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato 'Ssn') e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, degli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992,

n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421) nel testo introdotto dall'articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419) e modificato dall'articolo 1, comma 5, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

2 Il Ssr si ispira ai seguenti principi:

- a) la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- b) la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali;
- c) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;
- d) la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- e) il finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale; l'eventuale ricorso alla partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni si ispira a principi di equità e di progressività;
- f) la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività;
- g) la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;
- h) la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;
- i) la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole

o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione;

- l) la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- m) la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilità dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocità di trattamento;
- n) la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del Ssr e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario.

## Art. 2

### *Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale*

1. La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:

- a) le Aziende Unità sanitarie locali, (di seguito denominate 'Aziende Usl' o 'Azienda Usl');
- b) le Aziende ospedaliere, nonché, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (di seguito denominati 'IRCCS') e, secondo le modalità di cui all'articolo 9 della presente legge, le Aziende ospedaliero-universitarie, già Aziende ospedaliere integrate con l'Università. La costituzione di Aziende ospedaliere è disposta dalla Regione motivando sulla base della complessità della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale;
- c) altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende e gli Istituti di cui alle lettere a) e b) – di seguito denominati 'Aziende sanitarie' – abbiano stipulato accordi contrattuali.

2. L'organizzazione del Ssr prevede:

- a) l'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al Ssr;
- b) la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi, secondo le indicazioni contenute nella Carta dei servizi e nell'atto aziendale;
- c) la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;
- d) la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria regionale e locale, nonché alla verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie;
- e) la partecipazione delle Aziende sanitarie all'elaborazione, da parte degli Enti locali, dei Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
- f) il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori;
- g) il confronto e la concertazione quali metodi di relazione con le organizzazioni sindacali;
- h) l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanita-

ria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, secondo i principi di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, ed in base alla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), favorendo in particolare l'integrazione sociale delle persone con patologie psichiatriche e con dipendenze da droga, alcool e farmaci, secondo i principi di libertà e di dignità umana alla base della legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinate alle relative autorizzazioni; l'esercizio di attività sanitarie per conto del Ssr è subordinato all'accreditamento istituzionale, e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Ssr è subordinato alla definizione degli accordi contrattuali, secondo quanto previsto dalla legge regionale 12 ottobre 1998, n. 34 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997) e successive modifiche e dalla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517) e successive modifiche.

4. La Regione, con riferimento alle attività ed agli oggetti attinenti all'organizzazione ed al funzionamento del Ssr, assicura il coordinamento delle autonomie funzionali operanti nel territorio regionale, secondo il criterio di favorire l'esercizio concertato delle funzioni tra loro omogenee e nel rispetto dell'autonomia ad esse garantita.

5. I rapporti tra il Ssr e le Università sono disciplinati nel rispetto dei principi fondamentali dettati dalle leggi dello Stato, dalle disposizioni della presente legge, nonché attraverso la stipulazione del protocollo d'intesa di cui all'articolo 9.

6. La Regione promuove le opportune forme di autocordinamento fra le Regioni e di coordinamento con lo Stato, nonché, nell'ambito dell'attuazione degli obblighi comunitari, il collegamento con le scelte di protezione della salute effettuate dall'Unione europea.

## Art. 3

### *Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie*

1. Le Aziende Usl hanno autonomia imprenditoriale. La loro organizzazione ed il loro funzionamento sono determinati nell'atto aziendale, adottato dal direttore generale ai sensi della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche. Le Aziende Usl assicurano, nell'esercizio unitario delle loro funzioni di prevenzione, incluse quelle relative alla sicurezza alimentare ed alla sanità animale, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. L'atto aziendale disciplina l'articolazione distrettuale delle Aziende Usl e l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.

2. Le Aziende Usl sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione

residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi.

3. Sono organi delle Aziende Usl: il direttore generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione; il Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori; il Collegio sindacale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

4. Gli atti aziendali di cui al comma 1 sono adottati dai direttori generali in coerenza con le direttive emanate dalla Giunta regionale, ai sensi di quanto previsto all'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 (Modifiche della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" ai sensi del DLgs 19 giugno 1999, n. 229). Tali direttive sono emanate previo parere della Commissione consiliare competente. La Giunta regionale trasmette altresì, prima della verifica di conformità di cui al comma 9 dell'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale n. 11 del 2000, gli atti aziendali alla Commissione consiliare competente. Gli atti aziendali, tra l'altro, stabiliscono:

- a) la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la presenza del personale medico convenzionato;
- b) le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda;
- c) la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente ed alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria;
- d) la composizione e le forme di rappresentanza del Collegio aziendale delle professioni sanitarie.

5. La Regione nomina il direttore generale ed i componenti del Collegio sindacale. Il Collegio sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, ed uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È assicurata allo Stato la possibilità di designare un componente all'interno del Collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 1-quater e 1-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. L'atto aziendale di cui al comma 1 disciplina la presenza di un direttore delle attività socio-sanitarie.

6. Le Aziende e gli Istituti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b) sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, fatto salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10. La remunerazione delle loro attività assistenziali è definita nell'ambito di accordi da essi stipulati con l'Azienda o le Aziende Usl interessate, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale. Per le Aziende ospedaliere

ro-universitarie e gli IRCCS la remunerazione è effettuata in base alle tariffe stabilite ai sensi del comma 8 dell'articolo 9, tenendo conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca.

7. Le Aziende sanitarie si uniformano al principio della partecipazione organizzativa degli operatori ai processi di sviluppo e miglioramento organizzativo per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

#### Art. 4

##### *Distretti sanitari*

1. I distretti sanitari, individuati dall'atto aziendale secondo le modalità stabilite dall'articolo 5, costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende Usl allo scopo di:

- a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento;
- b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale;
- c) favorire la partecipazione dei cittadini.

2. Nell'ambito delle risorse assegnate, i distretti sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti attuano, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie aziendali sulla base dei Programmi delle attività territoriali, di cui all'articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, che comprendono in particolare:

- a) i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di distretto;
- b) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità d'integrazione, nonché, se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

3. L'atto aziendale stabilisce le forme e le modalità d'integrazione fra l'attività distrettuale ed i dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale.

#### Art. 5

##### *Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali*

1. L'Ufficio di presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, di cui all'articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 7 della legge regionale 20 ottobre 2003, n. 21 (Istituzione dell'Azienda unità sanitaria locale di Bologna – Modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19), esprime parere sulla nomina del direttore generale da parte della Regione. La Conferenza esprime altresì parere ai fini della verifica di cui all'articolo 3-bis, comma 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. La Conferenza può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità



della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche.

2. La Conferenza promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei Servizi sanitari.

3. La Conferenza promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale.

4. Fermi restando i compiti e le funzioni di cui all'articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il direttore generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformità alla programmazione regionale. La Conferenza assicura altresì l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute.

5. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie, la Conferenza può istituire un apposito ufficio, avvalendosi anche delle risorse delle Aziende sanitarie interessate. L'organizzazione ed il funzionamento di tale ufficio è disciplinato dalla Conferenza, di concerto con le Aziende sanitarie interessate per le risorse di loro competenza.

6. In ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni, o loro delegati, e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attività territoriali.

7. Fermi restando i poteri di proposta e di verifica delle attività territoriali di cui all'articolo 9, comma 5 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, il Comitato di distretto esprime parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attività territoriali. Qualora tale parere risulti negativo, il direttore generale procede solo previo parere dell'Ufficio di presidenza della Conferenza. Il direttore generale adotta altresì, d'intesa con il Comitato di distretto, il Programma delle attività territoriali, limitatamente alle attività sociosanitarie.

8. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, attraverso il proprio regolamento, e l'Azienda Usl, attraverso l'atto aziendale, disciplinano rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.

9. Il direttore generale nomina i direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato può avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina.

## Art. 6

### *Bilancio, patrimonio ed investimenti delle Aziende sanitarie*

1. Il piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo ed il bilancio d'esercizio sottoposto a revisione contabile costituiscono gli strumenti della programmazione economico-finanziaria per il governo delle Aziende sanitarie. Gli strumenti contabili documentano l'impegno delle risorse relative ai livelli essenziali di assistenza. Il bilancio di missione, presentato unitamente al bilancio d'esercizio, rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

2. Entro il 30 aprile di ogni anno, la competente Commissione consiliare esprime parere sulla proposta di finanziamento delle Aziende sanitarie predisposta dalla Giunta regionale, sul quadro generale degli obiettivi loro assegnati, nonché sul bilancio economico preventivo di ciascuna Azienda sanitaria. La Giunta regionale approva i bilanci consuntivi delle Aziende sanitarie, previo parere della competente Commissione consiliare, e riferisce annualmente al Consiglio sullo stato del Ssr e dei bilanci delle Aziende sanitarie per le opportune valutazioni.

3. I beni mobili ed immobili delle Aziende sanitarie destinati al perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile delle stesse, ai sensi dell'articolo 828, comma 2, del Codice civile. La sottrazione di tali beni al regime di proprietà pubblica può avvenire esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale, sulla base di un analitico programma di riqualificazione dei servizi sanitari.

4. La Regione può, ai sensi dell'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione, autorizzare l'indebitamento delle Aziende sanitarie allo scopo di finanziare spese di investimento anche oltre i limiti di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera g), numero 1 e numero 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, previa motivata ed analitica valutazione dell'idoneità delle Aziende stesse a sostenerne gli oneri conseguenti.

5. La Regione promuove il rispetto dei tempi di pagamento nei contratti fra imprese ed Aziende sanitarie, anche attraverso il coordinamento delle stesse.

## Art. 7

### *Sperimentazioni gestionali*

1. La sperimentazione di nuove modalità gestionali ed organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, attinenti alla gestione del personale o ad innovazioni di prodotto e di processo, è autorizzata dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente. L'autorizzazione può essere concessa, in misura comunque non superiore a cinque anni, su proposta dell'Azienda sanitaria interessata che motivi analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità dei servizi, della convenienza economica e della funzionalità rispetto alla programmazione regionale. Alle sperimentazioni gestionali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo aggiunto dall'articolo 11 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Modificazioni al DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito

dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 229 del 1999 e modificato dall'articolo 3 del decreto legge n. 347 del 2001 convertito dalla Legge n. 405 del 2001.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano alle partecipazioni societarie delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003, nonché alla partecipazione da parte delle medesime alle forme di gestione di attività e servizi sociosanitari costituite dagli Enti locali, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003.

#### Art. 8

##### *Personale del Servizio sanitario regionale*

1. Il rapporto di lavoro del personale del Ssr è di dipendenza, regolato ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche). Eventuali previsioni speciali sono stabilite dalla Regione, nell'ambito dei principi della normativa statale. Le Aziende sanitarie esercitano, nei confronti del personale del Ssr, le capacità ed i poteri del privato datore di lavoro.

2. La dirigenza sanitaria ha rapporto di lavoro esclusivo, disciplinato da disposizioni regionali e dalla contrattazione collettiva, ad eccezione di quanto stabilito dall'articolo 15-sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 229 del 1999, e tenendo conto del principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 2-septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, recante interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138.

3. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è effettuata dal direttore generale ai sensi dell'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, sulla base di una rosa di tre candidati selezionati fra i soggetti idonei dalla commissione di cui al medesimo articolo.

4. L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, nonché di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo 29 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419). La validità dei contratti individuali relativi agli incarichi di cui al periodo precedente operanti alla data di entrata in vigore della presente legge è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.

5. La Regione stabilisce le disposizioni sull'esercizio della libera professione intra ed extramuraria della dirigenza sanitaria, curando di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi fra attività istituzionale ed attività libero professionale e di garantire il superamento delle liste di attesa ed il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché della efficienza generale del servizio. La Regione disciplina, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del

Servizio sanitario nazionale), l'utilizzo del proprio studio professionale da parte dei dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo nello svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale.

6. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il Ssn è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992. La Regione detta le opportune disposizioni affinché le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché delle professioni sanitarie di cui all'articolo 8, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 6 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari), siano raccordate con le attività e le funzioni delle Aziende Usl, con particolare riferimento al livello distrettuale.

7. La Regione promuove e conclude accordi integrativi al fine di conformare ai principi di cui agli articoli 1 e 2 della presente legge gli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), relativamente al personale medico convenzionato ed alle farmacie pubbliche e private. Tali accordi integrativi sono finalizzati all'integrazione professionale ed organizzativa dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale con i servizi distrettuali e con gli altri servizi aziendali, anche favorendo forme associative tra il personale medico convenzionato.

#### Art. 9

##### *Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università*

1. La Regione determina, ai sensi dell'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, il fabbisogno di personale sanitario del Ssr.

2. Le Università degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma concorrono, per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale. Le Università partecipano altresì alla programmazione sanitaria regionale mediante parere obbligatorio:

- a) sulla proposta di Piano sanitario regionale approvato dalla Giunta;
- b) sugli atti di programmazione regionale concernenti la definizione degli indirizzi di ricerca del Ssr e degli interventi che interessano le strutture sanitarie destinate all'esercizio di attività formative.

3. Il protocollo d'intesa fra la Regione e le Università individua l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, assicurandone la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. Il protocollo disciplina altresì la programmazione della formazione del personale del Ssr e le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati ed individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università.

4. La collaborazione fra Ssr ed Università si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le

Aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di medicina.

5. Fermo restando quanto stabilito dal comma 4, la programmazione sanitaria regionale individua le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la Regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà. A tal fine, il protocollo d'intesa, di cui al comma 3, è integrato da specifici accordi stipulati tra la Regione e l'Università interessata, aventi ad oggetto la disciplina, in coerenza con la programmazione attuativa locale, delle forme di integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca.

6. La Regione, previa intesa della Conferenza Regione-Università di cui alla legge regionale 24 marzo 2004, n. 6 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'università), disciplina le Aziende ospedaliero-universitarie in analogia alle Aziende Usl e secondo i principi del decreto legislativo n. 517 del 1999, assicurando la partecipazione della componente universitaria al governo delle Aziende e garantendo all'Università la nomina di un componente del Collegio sindacale. Il Direttore generale delle Aziende ospedaliero-universitarie è nominato dalla Regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'Università. Il protocollo d'intesa disciplina la verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e di quanto previsto dall'articolo 5 della presente legge.

7. L'atto aziendale disciplina, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nel protocollo d'intesa di cui al comma 3, la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata ed individua le strutture complesse a direzione universitaria. L'atto aziendale è adottato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al presente comma.

8. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal Ssr. La Giunta regionale classifica tali Aziende, limitatamente all'attività direttamente svolta, nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale, riconoscendo altresì i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. Il protocollo d'intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università, per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende.

9. La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliero-universitarie e nelle altre sedi di collaborazione di cui al comma 5, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse, definiti d'intesa tra la Regione e le singole Università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione-Università.

#### Art. 10

##### *Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*

1. Gli IRCCS aventi sede nel territorio regionale sono parte integrante del Ssr, nel cui ambito svolgono funzioni

di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.

2. Gli Istituti svolgono la loro attività assistenziale nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, salvo quanto previsto dal presente articolo.

3. Il direttore generale ed i componenti del Collegio sindacale sono nominati dalla Regione ai sensi degli articoli 3-bis e 3-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. Per quanto attiene ai direttori amministrativo e sanitario si applica quanto previsto all'articolo 3, comma 1-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992. Il Collegio sindacale è composto da cinque membri, di cui due nominati dalla Regione, uno dei quali con funzioni di presidente, ed uno nominato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È assicurata allo Stato la possibilità di designare due componenti all'interno del Collegio sindacale. Il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3), è nominato dal Presidente della Regione, d'intesa con lo Stato. L'Università partecipa al Consiglio di indirizzo e verifica degli IRCCS secondo i criteri stabiliti negli accordi integrativi del protocollo d'intesa di cui al comma 5 dell'articolo 9 della presente legge. È previsto un direttore scientifico, nominato dallo Stato d'intesa con la Regione.

4. Al fine di assicurare il coordinamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata, nonché il collegamento con gli analoghi Istituti aventi sede in altre regioni, la Regione promuove l'auto coordinamento fra le Regioni e la collaborazione con lo Stato.

#### Art. 11

##### *Promozione della ricerca e della formazione in sanità*

1. Al fine di favorire lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica e la formazione continua del personale del Ssr, la Regione può promuovere, previa opportune intese con l'Università, forme di organizzazione che integrino le competenze scientifiche, tecniche e professionali presenti, anche attraverso l'istituzione di fondazioni per la promozione della ricerca e della formazione in sanità, cui possono partecipare, con propria determinazione, le Aziende sanitarie della provincia interessata.

2. Le risorse destinate a strutture, servizi ed interventi nell'ambito del Ssr da parte delle fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153 (Disciplina civilistica e fiscale degli enti conferenti di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legislativo 20 novembre 1990, n. 356, e disciplina fiscale delle operazioni di ristrutturazione bancaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 dicembre 1998, n. 461) sono deliberate secondo il principio della leale collaborazione, tenendo conto delle priorità e degli obiettivi determinati dalla programmazione regionale e locale.

#### Art. 12

##### *Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50*

1. L'articolo 25 della legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50 (Norme in materia di programmazione, conta-



bilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere) è abrogato.

2. L'articolo 37 della legge regionale n. 50 del 1994 è sostituito dal seguente:

«Art. 37

*Il controllo regionale sugli atti delle Aziende sanitarie*

1. Il controllo sugli atti delle Aziende sanitarie è esercitato dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica).

2. Il termine di quaranta giorni per l'esercizio del controllo sugli atti delle Aziende sanitarie previsto dalla suddetta legge è interrotto qualora il direttore generale competente in materia di sanità richieda chiarimenti o elementi integrativi di giudizio.

3. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dall'1 al 20 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio.

4. L'Albo per la pubblicazione degli atti, istituito presso ogni Azienda sanitaria, è collocato nella sede dell'Azienda stessa, in luogo di transito o comunque agevolmente accessibile al pubblico negli orari di apertura degli uffici.

5. Gli atti adottati dai direttori generali delle Aziende sanitarie sono pubblicati mediante affissione, anche per estratto, all'Albo di cui al comma precedente per quindici giorni consecutivi. Tali atti diventano esecutivi dal giorno della loro pubblicazione.

6. Gli atti soggetti a controllo preventivo della Regione, ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della Legge n. 412 del 1991 sono pubblicati in forma integrale contestualmente al loro invio al controllo. Nelle more del controllo regionale, ad essi non può essere data esecuzione.

7. La Giunta regionale nomina i commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, in caso di ritardo od omissione da parte del direttore generale.

8. La nomina dei commissari avviene previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, rimasta senza esito.».

3. Il comma 10 dell'articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale n. 11 del 2000, è abrogato.

4. Dopo l'articolo 43 della legge regionale n. 50 del 1994 è inserito il seguente articolo:

«Art. 43 bis

*Incompatibilità dei componenti  
del Collegio sindacale delle Aziende sanitarie*

1. Non possono essere nominati sindaci-revisori e, se nominati, decadono dall'ufficio:

- a) coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo di Azienda sanitaria;
- b) coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti od affini fino al secondo grado che nella Azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'Istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;
- c) i dipendenti dell'Azienda sanitaria;
- d) i fornitori dell'Azienda sanitaria;
- e) gli amministratori, i dipendenti ed, in generale, chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso istituzioni sanitarie di carattere privato che abbiano rapporti convenzionali o contrattuali con l'Azienda sanitaria;
- f) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda sanitaria, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora, ai sensi dell'articolo 1219 del Codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al comma 2 dello stesso articolo.».

Art. 13

*Entrata in vigore*

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 31 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

*La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione.*

*È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Emilia-Romagna.*

Bologna, 23 dicembre 2004

VASCO ERRANI

## LAVORI PREPARATORI

Progetto di legge d'iniziativa della Giunta regionale: deliberazione n. 334 del 23 febbraio 2004; oggetto consiliare n. 5373 (VII legislatura);

- pubblicato nel Supplemento Speciale del Bollettino Ufficiale della Regione n. 286 in data 5 marzo 2004;
- assegnato alla IV Commissione consiliare permanente "Sanità e Politiche so-

ciali" in sede referente.

Testo licenziato dalla Commissione referente con atto n. 5 del 6 dicembre 2004, con relazione scritta della consigliera Silvia Bartolini;

- approvato dal Consiglio regionale nella seduta del 22 dicembre 2004, atto n. 153/2004.

**AVVERTENZA** - IL TESTO VIENE PUBBLICATO CON L'AGGIUNTA DELLE NOTE REDATTE DAL SERVIZIO AFFARI LEGISLATIVI E QUALITÀ DELLA NORMAZIONE AL SOLO SCOPO DI FACILITARNE LA LETTURA. (*Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 466 del 17 settembre 1985*)

## NOTE

### NOTE ALL'ART. 1

Comma 1

1) Il testo degli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 concernente **Istituzione del Servizio sanitario nazionale** è il seguente:

«Art. 1 – I principi

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.»

«Art. 2 – Gli obiettivi

Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante:

- 1) la formazione di una moderna coscienza sanitaria sulla base di un'adeguata educazione sanitaria del cittadino e delle comunità;
- 2) la prevenzione delle malattie e degli infortuni in ogni ambito di vita e di lavoro;
- 3) la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata;
- 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica;
- 5) la promozione e la salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale di vita e di lavoro;
- 6) l'igiene degli alimenti, delle bevande, dei prodotti e di avanzati di origine animale per le implicazioni che attengono alla salute dell'uomo, nonché la prevenzione e la difesa sanitaria degli allevamenti animali ed il controllo della loro alimentazione integrata e medicata;
- 7) una disciplina della sperimentazione, produzione, immissione in commercio e distribuzione dei farmaci e dell'informazione scientifica sugli stessi diretti ad assicurare l'efficacia terapeutica, la non nocività e la economicità del prodotto;
- 8) la formazione professionale e permanente nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:

- a) il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese;
- b) la sicurezza del lavoro, con la partecipazione dei lavoratori e delle loro organizzazioni, per prevenire ed eliminare condizioni pregiudizievoli alla salute e per garantire nelle fabbriche e negli altri luoghi di lavoro gli strumenti ed i servizi necessari;
- c) le scelte responsabili e consapevoli di procreazione e la tutela della maternità e dell'infanzia, per assicurare la riduzione dei fattori di rischio connessi con la gravidanza e con il parto, le migliori condizioni di salute per la madre e la riduzione del tasso di patologia e di mortalità perinatale ed infantile;
- d) la promozione della salute nell'età evolutiva, garantendo l'attuazione dei servizi medico-scolastici negli istituti di istruzione pubblica e privata di ogni ordine e grado, a partire dalla scuola materna, e favorendo con ogni mezzo l'integrazione dei soggetti handicappati;
- e) la tutela sanitaria delle attività sportive;
- f) la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione;
- g) la tutela della salute mentale privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati psichici;
- h) (Abrogato).

2) Il testo dell'art. 1 del decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dall'art.1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 concernente **Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419**, come modificato dall'articolo 1, comma 5, del decreto legge 18 settembre 2001 n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n.405 concernente **Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria** è il seguente:

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

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

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indi-

cati dagli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

## NOTE ALL'ART. 2

### Comma 2

1) Il testo dell'art. 3 – septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – Integrazione sociosanitaria

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

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

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

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

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

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

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

sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

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

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

2) La legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 concerne **Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**.

3) La Legge 13 maggio 1978, n. 180 concerne **Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori**.

Comma 3

4) La legge regionale 12 ottobre 1998, n. 34 concerne **Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997».**

5) La legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concerne **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.**

## NOTE ALL'ART. 3

Comma 1

1) La legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 è citata alla nota 5 all'articolo 2.

Comma 4

2) Il testo dell'art. 4 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, come modificato dall'articolo 4 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 concernente **Modifiche della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal DLgs 7 dicembre 1993, n. 517" e della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" ai sensi del DLgs 19 giugno 1999, n. 229** è il seguente:

«Art. 4 – Istituzione delle Aziende-USL

1. In ciascuno degli ambiti territoriali determinati ai sensi dell'art. 3 è istituita l'Azienda-Unità sanitaria locale.

2. Le Unità sanitarie locali esistenti all'entrata in vigore della presente legge sono sopresse dalla data di insediamento dei direttori generali delle Aziende di cui al comma 1.

3. Sulla base dei livelli essenziali di assistenza, individuati dal Piano sanitario nazionale e dal Piano sanitario regionale nella assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, nella assistenza distrettuale e nell'assistenza ospedaliera, il Direttore generale definisce, con atto aziendale di diritto privato, l'assetto organizzativo e le modalità di funzionamento dell'Azienda Unità sanitaria locale secondo la seguente articolazione di base:

- il distretto, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda, dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, destinata ad assicurare alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria, sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari che mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello o di base, secondo le modalità definite dal programma delle attività territoriali;
- il presidio ospedaliero, comprendente una o più strutture ospedaliere, quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, preposta alla erogazione di prestazioni e servizi specialistici non erogabili con altrettanta efficacia ed efficienza nell'ambito della rete dei servizi territoriali in conformità alla programmazione regionale e locale;
- il dipartimento di sanità pubblica, articolato in aree dipartimentali, quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico-gestionale, soggetta a rendicontazione analitica, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, preposta alla erogazione di prestazioni e servizi relativi alle aree di sanità pubblica, di tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria, allo svolgimento di attività epidemiologiche nonché al supporto in ordine alla elaborazione dei piani per la salute e alla loro realizzazione.

4. Nell'atto aziendale sono inoltre individuate le strutture operative in cui si articola l'Azienda distinte in:

- dipartimenti, quali strutture complesse di livello aziendale, distrettuale o di presidio ospedaliero, costituiti da unità operative e da moduli organizzativi, con autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti, preposti alla produzione ed alla erogazione di prestazioni e servizi, nonché alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate;
- unità operative, quali strutture organizzative complesse del dipartimento che aggregano risorse professionali di tipo medico, infermieristico, tecnico, amministrativo e finanziario e assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza.

5. Il Direttore generale può, inoltre, prevedere nell'atto aziendale di cui al comma 3 le modalità per attivare:

- il modulo organizzativo, inteso come struttura organizzativa comprendente attività di una stessa unità operativa o di diverse unità operative, che assicura nel primo caso il miglioramento continuo del processo assistenziale e nel secondo l'organizzazione e la gestione delle risorse destinate all'attività aziendale, sia attraverso l'integrazione operativa delle differenti risorse tecnico-professionali, sia attraverso la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi;
- il programma, inteso come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, della organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali

in ordine ad aree problematiche di interesse particolare che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

6. Il Direttore generale nel disciplinare con proprio atto l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda deve, inoltre, attenersi al rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza e prevedere che:

- l'attribuzione ai dirigenti di strutture complesse, di cui al comma 1 dell'art. 15-bis del decreto legislativo di riordino, di compiti comportanti decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno, avvenga nel rispetto della programmazione aziendale, entro i limiti economici e secondo le modalità operative definite in sede di assegnazione degli obiettivi previsti dal piano delle azioni e, comunque, avvalendosi delle strutture aziendali di riferimento;
- l'affidamento di appalti e di contratti per la fornitura di beni e servizi, d'importo inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, avvenga nel rispetto di adeguate valutazioni di economicità e efficacia e dei principi della concorrenza; il ricorso, in via ordinaria, alla procedura negoziata e, nell'ambito di essa, alla trattativa diretta con il singolo fornitore, avvenga previa indagine di mercato, valutazione dei dati, ove disponibili, dell'osservatorio prezzi di cui all'art. 28 della L.R. 50/94, c/o confronti concorrenziali, sia pure privi delle formalità previste con riferimento alle procedure concorsuali; la rinnovazione dei contratti in essere è consentita unicamente nel rispetto del limite massimo di durata novennale ed in presenza di un significativo beneficio per l'Azienda, in termini economico-funzionali.

7. L'atto aziendale costituisce lo strumento di valorizzazione dell'autonomia e della responsabilità dell'Azienda e delle sue articolazioni con riguardo ai risultati da conseguire ed agli strumenti per la loro verifica; esso è adottato in coerenza con apposite direttive della Giunta regionale che, tra l'altro, individuano il profilo e le principali funzioni del Direttore sanitario, del Direttore amministrativo, nonché del Servizio infermieristico e tecnico e dei soggetti preposti alle articolazioni aziendali di cui ai commi 3, 4 e 5.

8. Il Direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria adotta l'atto aziendale di organizzazione e funzionamento entro sessanta giorni dalla emanazione delle direttive di cui al comma 7.

9. L'atto aziendale è trasmesso alla Giunta regionale per la verifica di conformità alle direttive di cui al comma 7. Decorsi trenta giorni dal ricevimento dell'atto la verifica si intende positiva.

10. La Giunta regionale con apposita direttiva individua le attività e la composizione del Collegio di direzione, del Consiglio dei sanitari e del Comitato di dipartimento.

Comma 5

3) Il testo dell'art. 3, comma 1-quater e 1-quinquies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – Organizzazione delle unità sanitarie locali  
omissis.

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

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

omissis».

## NOTE ALL'ART. 4

Comma 1

1) Il testo dell'art. 3 – quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – quinquies – Funzioni e risorse del distretto

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

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

2. Il distretto garantisce:

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

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

Comma 2

2) Il testo dell'art. 3 – quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – quater – Il distretto

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-se-

xies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

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

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

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

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

## NOTE ALL'ART. 5

Comma 1

1) Il testo dell'art. 11 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, come modificato dalla legge regionale 20 ottobre 2003, n.21, è il seguente:

«Art. 11 – Conferenza territoriale sociale e sanitaria

1. È istituita la Conferenza territoriale sociale e sanitaria composta:

- dai Sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda Unità sanitaria locale, o loro delegati, individuati nell'ambito dell'esecutivo;
- dal Presidente della Provincia, o suo delegato, individuato nell'ambito dell'esecutivo che fa parte di diritto dell'esecutivo di cui al comma 4. Nelle province in cui sia presente la sede universitaria, opportune intese con l'Università disciplinano la partecipazione del Rettore, o suo delegato, alla Conferenza ed all'esecutivo, limitatamente alle materie di reciproco interesse.

2. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria assolve ai compiti ed alle funzioni di cui al comma 14 dell'articolo 3 del decreto legislativo di riordino ed alla normativa regionale in materia di servizi sociali:

- partecipa alle funzioni di programmazione locale e regionale e, secondo modalità disciplinate dal Piano sanitario regionale, al processo di elaborazione e di approvazione dei piani attuativi locali ed esprime parere sui piani annuali di attività;
- esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aziende sanitarie presenti nell'ambito territoriale di riferimento, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore generale ed alla Regione. A tal fine viene dotata di strumenti informativi ed operativi idonei ad espletare i compiti e le funzioni di propria competenza;
- esprime parere obbligatorio sul Piano programmatico delle Aziende sanitarie, di cui all'art. 5 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 e sui relativi aggiornamenti annuali;
- esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d'esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale a norma del comma 8 dell'art. 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412;
- promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria previsti dai Piani di zona, tenuto conto delle indicazioni del Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali, assicurando l'integrazione e la coerenza con i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
- formula parere obbligatorio sugli accordi tra Aziende sanitarie e Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
- partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dalle Aziende.

3. La Giunta regionale, sentita la Conferenza Regione-Autonomie locali, disciplina le modalità di funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e della rappresentanza di cui al comma 14 dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino. Tale rappresentanza assume la denominazione ed il ruolo di Ufficio di Presidenza della Conferenza.

4. L'Ufficio di Presidenza, oltre che dal Presidente della Provincia, o suo delegato, è composto da non più di cinque membri individuati dalla Conferenza al proprio interno, tenuto conto dell'articolazione distrettuale della Azienda Unità sanitaria locale, ed espletata, in nome e per conto della Conferenza, le funzioni stabilite nella deliberazione di cui al comma 3. Il numero massimo dei membri può essere elevato nei casi in cui l'Azienda Unità sanitaria locale ricomprenda più di cinque distretti, sino ad includere un rappresentante per ogni distretto.

5. I Direttori generali delle Aziende sanitarie partecipano alle sedute dell'Ufficio di Presidenza e della Conferenza su invito del Presidente.».

2) Il testo dell'art. 3-bis, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – bis – Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario

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

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

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

- diploma di laurea;

- b) esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa in enti, aziende, strutture pubbliche o private, in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, svolta nei dieci anni precedenti la pubblicazione dell'avviso.
4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.
5. Le regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.
6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.
7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.
8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19/7/1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.
9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.
10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.
11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.
12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.
13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19/7/1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.
14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.
15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.»
- 3) Il testo dell'art. 17 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è il seguente:
- «Art. 17 – Piano sanitario regionale
1. Il Piano sanitario regionale, di norma di durata triennale, in riferimento agli

obiettivi del Piano sanitario nazionale e nel rispetto delle relative previsioni, prevede:

- gli obiettivi di salute, nonché gli indirizzi e i programmi necessari a soddisfare le esigenze di salute della popolazione regionale;
- le aree prioritarie di intervento;
- la definizione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario regionale e la individuazione di criteri di riparto efficaci e funzionali ad un'equa allocazione delle stesse;
- le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e la programmazione attuativa locale;
- i progetti obiettivi e i progetti speciali;
- le modalità di proposta e di approvazione da parte della Regione dei piani attuativi locali.

2. Il Piano sanitario è approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta, previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla conferenza Regione-autonomie locali, nel rispetto delle procedure di cui ai commi 13 e 14 dell'art. 1 del decreto legislativo di riordino.

3. Le università dell'Emilia-Romagna partecipano alla elaborazione del Piano sanitario regionale nelle forme e con le modalità di cui ai protocolli d'intesa stipulati tra Regione e università.

4. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale ed alla conferenza Regione-autonomie locali, di cui all'art. 25 della L.R. 3/99, una relazione sull'attuazione del Piano sanitario regionale.»

Comma 4

4) Il testo dell'art. 11 della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è citato alla nota 1 del presente articolo.

Comma 7

5) Il testo dell'art. 9, comma 5, della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è il seguente:

Art. 9 – Distretti

(omissis)

5. Il Comitato di Distretto, nell'ambito degli indirizzi espressi dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, svolge funzioni di proposta e di verifica sulle attività distrettuali relativamente a:

- piani e programmi distrettuali definiti dalla programmazione aziendale;
- budget di Distretto e priorità d'impiego delle risorse assegnate;
- verifica dei risultati conseguiti utilizzando a tal fine indicatori omogenei come definiti alla lett. g) del comma 2 dell'art. 11;
- assetto organizzativo e localizzazione dei servizi distrettuali. Le proposte di localizzazione dei servizi distrettuali sono sottoposte al parere obbligatorio del Comitato di Distretto;
- esprime parere obbligatorio sulla assegnazione delle risorse tra i distretti.

omissis».

## NOTE ALL'ART. 6

Comma 3

1) Il testo dell'art. 828 del codice civile è il seguente:

«Art. 828 – Condizione giuridica dei beni patrimoniali

I beni che costituiscono il patrimonio dello Stato, delle province e dei comuni (C.c. 826) sono soggetti alle regole particolari che li concernono e, in quanto non è diversamente disposto, alle regole del presente codice (C.c. 11).

I beni che fanno parte del patrimonio indisponibile (C.c. 826) non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalle leggi che li riguardano (C.c. 1145)».

Comma 4

2) Il testo dell'art. 2, comma 2 – sexies, lettera g), numero 1 e numero 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 2 – Competenze regionali

2-sexies. La regione disciplina altresì:

omissis

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

- anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;
- contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

omissis».

## NOTE ALL'ART. 7

Comma 1

1) Il testo dell'art. 9 – bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo aggiunto dall'art. 11 del decreto legislativo n. 517 del 1993 e successivamente sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 229 del 1999 è il seguente:

«Art. 9-bis – Sperimentazioni gestionali

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, autorizzano programmi di sperimentazione aventi a oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.



2. Il programma di sperimentazione è adottato dalla regione o dalla provincia autonoma interessata, motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del Piano sanitario regionale ed evidenziando altresì gli elementi di garanzia, con particolare riguardo ai seguenti criteri:

- a) privilegiare nell'area del settore privato il coinvolgimento delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale individuate dall'articolo 10 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460;
- b) fissare limiti percentuali alla partecipazione di organismi privati in misura non superiore al quarantanove per cento;
- c) prevedere forme idonee di limitazione alla facoltà di cessione della propria quota sociale nei confronti dei soggetti privati che partecipano alle sperimentazioni;
- d) disciplinare le forme di risoluzione del rapporto contrattuale con privati che partecipano alla sperimentazione in caso di gravi inadempimenti agli obblighi contrattuali o di accertate esposizioni debitorie nei confronti di terzi;
- e) definire partitamente i compiti, le funzioni e i rispettivi obblighi di tutti i soggetti pubblici e privati che partecipano alla sperimentazione gestionale, avendo cura di escludere in particolare il ricorso a forme contrattuali, di appalto o subappalto, nei confronti di terzi estranei alla convenzione di sperimentazione, per la fornitura di opere e servizi direttamente connessi all'assistenza alla persona;
- f) individuare forme e modalità di pronta attuazione per la risoluzione della convenzione di sperimentazione e scioglimento degli organi societari in caso di mancato raggiungimento del risultato della avviata sperimentazione.

3. La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, verifica annualmente i risultati conseguiti sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi, ivi comprese le forme di collaborazione in atto con soggetti privati per la gestione di compiti diretti di tutela della salute. Al termine del primo triennio di sperimentazione, sulla base dei risultati conseguiti, il Governo e le regioni adottano i provvedimenti conseguenti.

4. Al di fuori dei programmi di sperimentazione di cui al presente articolo, è fatto divieto alle aziende del Servizio sanitario nazionale di costituire società di capitali aventi per oggetto sociale lo svolgimento di compiti diretti di tutela della salute.».

Comma 2

2) Il testo dell'art. 7, comma 3, della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517**, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003 è il seguente:

«Art. 7 – Integrazione delle attività socio-assistenziali e sanitarie  
omissis

3. Le Aziende unità sanitarie locali possono partecipare, al fine di migliorare l'integrazione professionale nei servizi e favorire semplificazioni gestionali, a forme di gestione di attività e servizi socio-sanitari costituite dagli Enti locali, secondo quanto previsto dal testo unico di cui al DLgs n. 267 del 2000. Per le partecipazioni societarie si applicano le norme di cui all'articolo 51 della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 (Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere).».

## NOTE ALL'ART. 8

Comma 1

1) Il Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 concerne **Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche**.

2) Il testo dell'art. 15 – sexies del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dal decreto Legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:

«Art. 15-sexies – Caratteristiche del rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari che svolgono attività libero-professionale extramuraria

1. Il rapporto di lavoro dei dirigenti sanitari in servizio al 31 dicembre 1998 i quali, ai sensi dell'articolo 1, comma 10, della Legge 23 dicembre 1996, n. 662, abbiano comunicato al direttore generale l'opzione per l'esercizio della libera professione extramuraria e che non intendano revocare detta opzione, comporta la totale disponibilità nell'ambito dell'impegno di servizio, per la realizzazione dei risultati programmati e lo svolgimento delle attività professionali di competenza. Le aziende stabiliscono i volumi e le tipologie delle attività e delle prestazioni che i singoli dirigenti sono tenuti ad assicurare, nonché le sedi operative in cui le stesse devono essere effettuate.».

3) Il titolo dell'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 concernente **Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419** è il seguente:

«Art. 13 – Modificazioni all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502».

4) Il testo dell'art. 2 – septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 concernente **Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica** è il seguente:

«Art. 2 – septies

Il comma 4 dell'articolo 15-quater del DLgs 502/92, è sostituito dal seguente:

«4. I soggetti di cui ai commi 1, 2 e 3 possono optare, su richiesta da presentare entro il 30 novembre di ciascun anno, per il rapporto di lavoro non esclusivo, con effetto dall'1 gennaio dell'anno successivo. Le regioni hanno la facoltà di stabilire una cadenza temporale più breve. Il rapporto di lavoro esclusivo può essere ripristinato secondo le modalità di cui al comma 2. Coloro che mantengono l'esclusività del rapporto non perdono i benefici economici di cui al comma 5, trattandosi di indennità di esclusività e non di indennità di irreversibilità. La non esclusività del rapporto di lavoro non preclude la direzione di strutture semplici e complesse».

2. Il termine di cui al comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, è deferito alla data della stipulazione del relativo contratto collettivo nazionale di lavoro successivo all'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. Sono fatti salvi gli effetti degli atti amministrativi definitivi, emanati dagli organi preposti nel periodo intercorrente tra l'1 gennaio 2003 e la data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, compiuti in ottemperanza delle disposizioni previste dal citato comma 3 dell'articolo 15-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.».

Comma 3

5) Il testo dell'art. 15 – ter del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 15-ter – Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura

1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.

2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo.

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto a una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, comma primo, del Codice civile.».

Comma 4

6) Il testo dell'art. 5 del decreto legislativo 29 dicembre 1999, n. 517 concernente **Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Università, a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419** è il seguente:

«Art. 5 – Norme in materia di personale

1. I professori e i ricercatori universitari, che svolgono attività assistenziale presso le aziende e le strutture di cui all'articolo 2 sono individuate con apposito atto del direttore generale dell'azienda di riferimento d'intesa con il rettore, in conformità ai criteri stabiliti nel protocollo d'intesa tra la regione e l'università relativi anche al collegamento della programmazione della facoltà di medicina e chirurgia con la programmazione aziendale. Con lo stesso atto, è stabilita l'afferenza dei singoli professori e ricercatori universitari ai dipartimenti di cui all'articolo 3, assicurando la coerenza fra il settore scientifico-disciplinare di inquadramento e la specializzazione disciplinare posseduta e l'attività del dipartimento. I protocolli d'intesa tra università e regione determinano, in caso di conferimento di compiti didattici, l'attribuzione di funzioni assistenziali alle figure equiparate di cui all'articolo 16 della Legge 19 novembre 1990, n. 341, con l'applicazione delle disposizioni di cui al presente articolo e all'articolo 6.

2. Ai professori e ricercatori universitari di cui al comma 1, fermo restando il loro stato giuridico, si applicano, per quanto attiene all'esercizio dell'attività assistenziale, al rapporto con le aziende e a quello con il direttore generale, le norme stabilite per il personale del Servizio sanitario nazionale. Fermo restando l'applicazione del presente decreto, apposite linee guida emanate con decreti dei Ministri della sanità e dell'università, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, possono stabilire specifiche modalità attuative in relazione alle esigenze di didattica e di ricerca. Dell'adempimento dei doveri assistenziali il personale universitario risponde al direttore generale. Le attività assistenziali svolte dai professori e dai ricercatori universitari si integrano con quelle di didattica e ricerca. L'obbligo dell'esercizio dell'attività assistenziale per i professori e per i ricercatori è sospeso nei casi di aspettativa o congedo ai sensi degli articoli 12, 13 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382. Le autorizzazioni di cui al predetto articolo 17 sono concesse dal rettore, previa intesa con il direttore generale, per assicurare la compatibilità con l'ordinario esercizio dell'attività assistenziale. Non è altrimenti consentito al predetto personale recedere dall'attività assistenziale.

3. Salvo quanto diversamente disposto dal presente decreto, nei confronti del personale di cui al comma 1, si applicano le disposizioni degli articoli 15, 15-bis, 15-ter, 15-quater, 15-quinquies, 15-sexies e 15-novies, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. Ai professori di prima fascia ai quali non sia stato possibile conferire un incarico di direzione di struttura semplice o complessa, il direttore generale, sentito il rettore, affida, comunque la responsabilità e la gestione di programmi, infra o interdipartimentali finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche ed assistenziali, nonché al coordinamento delle attività sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale. La responsabilità e la gestione di analoghi programmi può essere affidata, in relazione alla minore complessità e rilevanza degli stessi, anche ai professori di seconda fascia ai quali non sia stato conferito un incarico di direzione semplice o complessa. Gli incarichi sono assimilati, a tutti gli effetti, agli incarichi di responsabilità rispettivamente di struttura complessa e di struttura semplice. I professori di prima fascia che non accettano gli incarichi di responsabilità e di gestione dei programmi di cui al primo periodo del presente comma non possono svolgere funzioni di direzione nell'ambito delle disposizioni attuative del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, limitatamente alle scuole di specializzazione.

5. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari dell'incarico

di direzione di una struttura, individuata come complessa ai sensi dell'articolo 3, comma 2, è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il direttore di dipartimento. L'attribuzione è effettuata senza esperimento delle procedure di cui all'articolo 15-ter, comma 2, dello stesso decreto legislativo n. 502 del 1992 fermo restando l'obbligo del possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484. L'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 15, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni può essere sostituito da altro titolo dichiarato equipollente, con decreto dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. Fino alla costituzione dei dipartimenti, si prescinde dal parere del direttore di dipartimento.

6. L'attribuzione e la revoca ai professori e ai ricercatori universitari degli incarichi di struttura semplice e degli incarichi di natura professionale è effettuata dal direttore generale su proposta del responsabile della struttura complessa di appartenenza, previo accertamento della sussistenza delle condizioni e dei requisiti di cui agli articoli 15, 15-bis e 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

7. I professori e i ricercatori universitari afferenti alla facoltà di medicina e chirurgia optano rispettivamente per l'esercizio di attività assistenziale intramuraria ai sensi dell'articolo 15-quinquies del DLgs 502/92, e successive modificazioni e secondo le tipologie di cui alle lettere a), b), c) e d) del comma 2 dello stesso articolo, di seguito definita come attività assistenziale esclusiva, ovvero per l'esercizio di attività libero professionale extramuraria. L'opzione per l'attività assistenziale esclusiva è requisito necessario per l'attribuzione ai professori e ai ricercatori universitari di incarichi di direzione di struttura nonché dei programmi di cui al comma 4.

8. Entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto i professori e i ricercatori universitari, in servizio alla predetta data ovvero che saranno nominati in ruolo a seguito di procedure di reclutamento indette prima della predetta data, esercitano o rinnovano l'opzione ai sensi e per gli effetti di cui al comma 7. In assenza di comunicazione entro il termine, si intende che abbia optato per l'attività assistenziale esclusiva.

9. I professori e i ricercatori universitari che hanno optato per l'attività libero professionale extramuraria possono modificare l'opzione al 31 dicembre di ogni anno.

10. I professori e i ricercatori universitari di cui al comma 8 che hanno optato per l'attività assistenziale esclusiva possono modificare l'opzione solamente nei seguenti casi:

- mutamento di stato giuridico per effetto della nomina in ruolo nelle fasce di professore associato e ordinario a seguito di procedure di valutazione comparativa ai sensi della Legge n. 210 del 1998;
- mutamento del settore scientifico-disciplinare di inquadramento che comporti l'esercizio di una diversa attività assistenziale;
- trasferimento da diverso ateneo di altra regione;
- cessazione dai periodi di congedo e aspettativa di cui agli articoli 12 e 13 del DPR 382/80, nonché di cui all'articolo 17 del predetto decreto del Presidente della Repubblica, se di durata pari o superiore all'anno ed al comma 17 del presente articolo.

11. I professori e i ricercatori universitari che hanno modificato l'opzione ai sensi del comma 10 cessano dall'attività assistenziale ordinaria, salvo la facoltà di optare nuovamente per l'attività assistenziale esclusiva. L'eventuale attività libero professionale non può comunque essere svolta nelle strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale. Ad essi si applicano le disposizioni di cui all'articolo 15-nonies, comma 2, ultimo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Qualora i protocolli d'intesa di cui al predetto articolo 15-nonies, comma 2, non siano stipulati entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto si provvede in via sostitutiva, previa diffida ad adempiere entro i successivi trenta giorni, con decreti interministeriali dei Ministri della sanità e dell'università, sentita la Conferenza Stato regioni.

12. I professori e i ricercatori universitari nominati in ruolo successivamente alla data di entrata in vigore del presente decreto possono svolgere unicamente l'attività assistenziale esclusiva; gli interessati possono optare per l'attività libero professionale extramuraria nei casi ed alle condizioni di cui ai commi 10 e 11. Fino alla data di entrata in vigore della legge di riordino dello stato giuridico universitario lo svolgimento di attività libero professionale intramuraria comporta l'opzione per il tempo pieno e lo svolgimento dell'attività extramuraria comporta l'opzione per il tempo definito ai sensi dell'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 11 luglio 1980, n. 382.

13. Gli incarichi di natura professionale e quelli di direzione di struttura semplice o complessa nonché quella di direzione dei programmi, attribuiti a professori o ricercatori universitari, sono soggetti alle valutazioni e verifiche previste dalle norme vigenti per il personale del servizio sanitario nazionale, secondo le modalità indicate da apposito collegio tecnico disciplinato nell'atto aziendale di cui all'articolo 3. Sono, altresì, soggetti a valutazione i professori di prima fascia di cui all'ultimo periodo del comma 4. Nel caso di valutazione negativa nei confronti di professori o ricercatori universitari il direttore ne dà comunicazione al rettore per i conseguenti provvedimenti.

14. Ferme restando le sanzioni ed i procedimenti disciplinari da attuare in base alle vigenti disposizioni di legge, nei casi di gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il direttore generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta, di un apposito comitato costituito da tre garanti, nominati di intesa tra rettore e direttore generale per un triennio, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporre l'allontanamento dall'azienda, dandone immediata comunicazione al rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza. Qualora il comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

15. Le aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a), per esigenze assistenziali cui non possono far fronte con l'organico funzionale di cui al comma 1, possono stipulare, nel limite del 2 per cento dell'organico, contratti di lavoro a tempo determinato, di durata non superiore a 4 anni, non rinnovabili, con personale medico o sanitario laureato assunto con le modalità previste per il corrispondente personale del Servizio sanitario nazionale. Detto personale è assoggettato alla disciplina sul rapporto esclusivo di cui all'articolo 15-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. È fatto divieto all'università di assumere personale medico o sanitario laureato con compiti esclusivamente assistenziali.

16. I professori e i ricercatori universitari, ai quali è attribuito dalle aziende di cui agli articoli 3 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, un incarico di struttura complessa ai sensi degli articoli 15, comma 7, e 15-ter, comma 2, dello stesso decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, cessano dal servizio salvo che, compatibilmente con le esigenze didattiche e di ricerca siano collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianità di servizio per tutta la durata dell'incarico. Si applica il comma 11, terzo e quarto periodo, dell'articolo 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Comma 6

7) Il testo dell'art. 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dall'articolo 6 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254, è il seguente:

«Art. 8 – Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali

1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della Legge 412/91, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;
- disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivante previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;
- ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);
- garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale, nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, fra l'attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica e della medicina dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di associazionismo professionale e la organizzazione distrettuale del servizio;
- prevedere le modalità attraverso le quali le unità sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi, concordano i programmi di attività e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati dei medici singoli o associati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto;
- disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;
- disciplinare l'accesso alle funzioni di medico di medicina generale del servizio sanitario nazionale secondo parametri definiti nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 o titolo equipollente prevedendo altresì che la graduatoria annuale evidenzii i medici forniti dell'attestato o del diploma, al fine di riservare loro una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti ferma restando l'attribuzione agli stessi di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato;
- regolare la partecipazione di tali medici a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;
- prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;
- prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di



durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

- a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;
- b) per il servizio di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiori a quelli legali;
- c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b), e le modalità di collaborazione delle farmacie in programmi particolari nell'ambito delle attività di emergenza, di farmacovigilanza, di informazione e di educazione sanitaria.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della Legge 59/97, sono individuati i criteri per la valutazione:

- a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449;
- b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

- a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;
- b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);
- c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
- d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
- e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
- f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
- g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
- h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. (Abrogato).

6. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Ministro della sanità, sentita la Federazione nazionale degli ordini dei medici e degli odontoiatri e degli altri ordini e collegi competenti, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome sono stabiliti i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di cui al comma 5 erogate in forma diretta nonché di quelle erogate in forma indiretta, ai sensi dell'art. 25, ultimo comma, della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ove l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e pro-

vince autonome non intervenga entro trenta giorni dal ricevimento della richiesta, il Ministro della sanità provvede direttamente con atto motivato.

7. Ferma restando quanto previsto dall'art. 4, comma 2, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, da attuare secondo programmi coerenti con i principi di cui al comma 5, entro il 30 giugno 1994 le regioni e le unità sanitarie locali per quanto di propria competenza adottano i provvedimenti necessari per la instaurazione dei nuovi rapporti previsti dal presente decreto fondati sul criterio dell'accertamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate. I rapporti vigenti secondo la disciplina di cui agli accordi convenzionali in atto, ivi compresi quelli operanti in regime di proroga, cessano comunque entro un triennio dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del DLgs 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, Legge 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.

9. (Abrogato).

8) Il testo dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 concernente **Disposizioni in materia di finanza pubblica** è il seguente:

«Art. 4 – Assistenza sanitaria  
omissis.

9. È istituita la struttura tecnica interregionale per la disciplina dei rapporti con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Tale struttura, che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, è costituita da rappresentanti regionali nominati dalla Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano. Della predetta delegazione fanno parte, limitatamente alle materie di rispettiva competenza, i rappresentanti dei Ministeri dell'economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali, e della salute, designati dai rispettivi Ministri. Con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è disciplinato il procedimento di contrattazione collettiva relativo ai predetti accordi tenendo conto di quanto previsto dagli articoli 40, 41, 42, 46, 47, 48 e 49 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165. A tale fine è autorizzata la spesa annua nel limite massimo di 2 milioni di euro a decorrere dall'anno 2003.

omissis».

## NOTE ALL'ART. 9

Comma 1

1) Il testo dell'art. 6-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421**, nel testo introdotto dall'articolo 6, comma 1, del decreto Legislativo n. 229 del 1999, è il seguente:

«Art. 6-ter – Fabbisogno di personale sanitario

1. Entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determina con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario. Con la stessa procedura è determinato, altresì, il fabbisogno degli ottici, degli odontotecnici e del restante personale sanitario e socio-sanitario che opera nei servizi e nelle strutture del Servizio sanitario nazionale.

2. A tali fini i decreti di cui al comma 1 tengono conto di:

- a) obiettivi e livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali;
- b) modelli organizzativi dei servizi;
- c) offerta di lavoro;
- d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

3. Gli enti pubblici e privati e gli ordini e collegi professionali sono tenuti a fornire al ministero della sanità i dati e gli elementi di valutazione necessari per la determinazione dei fabbisogni riferiti alle diverse categorie professionali; in caso di ina-



dempimento entro il termine prescritto il Ministero provvede all'acquisizione dei dati attraverso commissari ad acta ponendo a carico degli enti inadempienti gli oneri a tal fine sostenuti.».

Comma 6

2) La legge regionale 24 marzo 2004, n. 6 concerne **Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione Europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'università.**

3) Il decreto legislativo del 7 dicembre 1993, n. 517 concerne **Modificazioni al DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421.**

4) Il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è citato alla nota 2 all'articolo 5.

## NOTE ALL'ART. 10

Comma 2

1) Il testo dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è il seguente:

«Art. 3 – Organizzazione delle unità sanitarie locali

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

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

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

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

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

2. L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale.

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

4. Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma.

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

- la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa;
- l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti;
- i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali;
- il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare;
- le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali;
- il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:
  - l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;
  - la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;
- i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al DLgs 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

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

nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del DL 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla Legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994. (Abrogato). L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. (Abrogato). I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protraggano oltre sei mesi si procede alla sostituzione. (Abrogato).

7. (Abrogato). Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. (Abrogato).

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

10. (Abrogato).

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

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

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati – con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero – nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. (Abrogato).

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

Comma 3

2) Il testo degli articoli 3 – bis e 3 – ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421**, è il seguente:

«Art. 3 – bis – Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario

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

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio

di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

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

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

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

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

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

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

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

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del DPR 484/97, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del DPR 484/97, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

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

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

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

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

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1992, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della Legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

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

«Art. 3-ter – Collegio sindacale

1. Il collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

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

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

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

3) Il testo dell'art. 3, comma 1 quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 concernente **Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421** è citato alla nota 1 del presente articolo.

4) Il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n.288 concerne **Riordino della disciplina degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1 della Legge 16 gennaio 2003, n. 3.**

## NOTA ALL'ART. 11

Comma 2

1) Il decreto legislativo 17 maggio 1999, n. 153 concerne **Disciplina civilistica e fiscale degli enti conferenti di cui all'articolo 11, comma 1, del DLgs 20 novembre 1990, n. 356.**

## NOTE ALL'ART. 12

Comma 1

1) Il testo dell'art. 25 della legge regionale 50/94 concernente **Norme in materia di programmazione contabilità, contratti e controllo delle aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere** è il seguente:

«Art. 25 – Credito a lungo termine

1. I mutui, ovvero le altre forme similari di indebitamento a medio-lungo termine, devono essere previamente autorizzati dalla Regione. La durata del loro ammortamento non può essere superiore ai dieci anni.

2. Al momento dell'autorizzazione la rata annuale di ammortamento del mutuo da contrarre aggiunta a quella dei mutui già in corso d'ammortamento non può superare il quindici per cento del totale delle entrate proprie correnti previste nel bilancio di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita nell'anno stesso, intendendo per entrate proprie correnti tutti i ricavi e i proventi di natura ordinaria o caratteristica evidenziati nel conto economico del bilancio di esercizio di cui all'art. 13, relativo all'anno precedente a quello in cui il mutuo è autorizzato.

2. Il mutuo sarà stipulato a trattativa privata con la banca o le banche che avranno offerto le condizioni migliori di tasso globale annuo posticipato, rispetto a quello massimo fissato dal Ministero del Tesoro per i mutui contratti dagli Enti locali..».

Comma 2

2) Il testo dell'art. 37 della legge regionale 50/94 concernente **Norme in materia di programmazione contabilità, contratti e controllo delle aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere** è il seguente:

«Art. 37 – Il controllo regionale sugli atti

1. Il controllo sugli atti è esercitato dalla Giunta regionale ai sensi del comma 8 dell'art. 4 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412.

2. La Giunta regionale nomina i commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, in caso di ritardo od omissione da parte del Direttore generale.

3. La nomina dei commissari avviene previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, rimasta senza esito..».

Comma 3

3) Il testo dell'art.4, comma 10, della legge regionale 12 maggio 1994, n. 19 concernente **Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517** è il seguente:

«Art. 4 – Istituzione delle Aziende-USL

omissis

10. La Giunta regionale con apposita direttiva individua le attività e la composizione del Collegio di direzione, del Consiglio dei sanitari e del Comitato di dipartimento..».

4) Il testo dell'art. 4 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 concernente **Modifiche della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal DLgs 7 dicembre 1993, n. 517» e della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 «Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere» al sensi del DLgs 19 giugno 1999, n. 229** è il seguente:

«Art. 4 – Modifiche all'art. 4 della L.R. 19/94

1. Sostituisce i commi 3 e 4 dell'art. 4, L.R. 12 maggio 1994, n. 19.

2. Aggiunge i commi da 5 a 10 all'art. 4, L.R. 12 maggio 1994, n. 19..».

Comma 4

5) Il testo dell'art. 43 della legge regionale 50/94 concernente **Norme in materia di programmazione contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere** è il seguente:

«Art. 43 – Modalità di svolgimento dei compiti del Collegio dei revisori

1. I revisori possono in qualsiasi momento procedere, anche individualmente, all'esame ed al controllo degli atti dell'Azienda, previa comunicazione al Presidente del collegio. Delle verifiche effettuate deve essere fatta menzione nei verbali del collegio.

2. Il Collegio dei revisori può chiedere notizie al Direttore generale o ad altri dirigenti sull'andamento della gestione o su determinate specifiche questioni.

3. I documenti e gli atti sui quali il Collegio dei revisori deve esprimersi per la redazione delle relazioni in applicazione della presente legge devono essere trasmessi con congruo anticipo determinato dal regolamento di cui all'art. 21.

4. Qualora, nell'ambito della propria attività, il Collegio dei revisori venga a conoscenza di gravi irregolarità nella gestione, è tenuto a darne immediata comunicazione al Direttore generale, alla Regione e al Sindaco o alla Conferenza dei Sindaci.

5. Il Collegio dei revisori dispone di una sede idonea messa a disposizione dal Direttore generale, per lo svolgimento dei compiti assegnati dalla presente legge.

6. Le comunicazioni di cui al comma 4 e le relazioni di cui al comma 3 dell'art. 41 sono depositate presso la Commissione consiliare "Sicurezza sociale".».



















## LIBRERIE CONVENZIONATE PER LA VENDITA AL PUBBLICO

**Edicola del Comunale** S.n.c. – Via Zamboni n. 26 – 40127 Bologna

**Libreria di Palazzo Monsignani** S.r.l. – Via Emilia n. 71/3 – 40026 Imola (BO)

**Libreria del professionista** – Via XXII Giugno n. 3 – 47900 Rimini

**Libreria Universitaria & Giuridica** – Via del Lazzaretto n. 51 – 47100 Forlì

**Nuova Tipografia Delmaino** S.n.c. – Via IV Novembre n. 160 – 29100 Piacenza

**Libreria Bettini** S.n.c. – Via Vescovado n. 5 – 47023 Cesena

**Libreria Incontri** – Piazza Libertà n. 29 – 41049 Sassuolo (MO)

**Libreria Feltrinelli** – Via Repubblica n. 2 – 43100 Parma

**Edicola Libreria Cavalieri** – Piazza Mazzini n. 1/A – 44011 Argenta (FE)

A partire dall'1 gennaio 1996 tutti i Bollettini Ufficiali sono consultabili gratuitamente collegandosi al sito Internet della Regione Emilia-Romagna <http://www.regione.emilia-romagna.it/>

## MODALITÀ PER LA RICHIESTA DI PUBBLICAZIONE DI ATTI

Le modalità per la pubblicazione degli atti per i quali è previsto il pagamento sono:

– Euro 2,07 per ogni riga di titolo in grassetto o in maiuscolo

– Euro 0,77 per ogni riga o frazione di riga (intendendo per riga la somma di n. 65 battute dattiloscritte)

gli Enti e le Amministrazioni interessati dovranno effettuare il versamento sul **c/c postale n. 239400** intestato al Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna – Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna e unire la ricevuta dell'avvenuto pagamento al testo del quale viene richiesta la pubblicazione.

**Avvertenza** – L'avviso di rettifica dà notizia dell'avvenuta correzione di errori materiali contenuti nel provvedimento inviato per la pubblicazione al Bollettino Ufficiale. L'errata-corrige rimedia, invece, ad errori verificatisi nella stampa del provvedimento nel Bollettino Ufficiale.

Il Bollettino Ufficiale si divide in 3 parti:

– Nella parte prima sono pubblicate: leggi e regolamenti della Regione Emilia-Romagna; circolari esplicative delle leggi regionali, nonché atti di organi della Regione contenenti indirizzi interessanti, con carattere di generalità, amministrazioni pubbliche, privati, categorie e soggetti; richieste di referendum regionali e proclamazione dei relativi risultati; dispositivi delle sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relativi a leggi della Regione Emilia-Romagna, a conflitti di attribuzione aventi come parte la Regione stessa, nonché ordinanze con cui organi giurisdizionali abbiano sollevato questioni di legittimità costituzionale di leggi regionali. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 18,08.**

– Nella parte seconda sono pubblicati: deliberazioni del Consiglio e della Giunta regionale (ove espressamente previsto da legge o da regolamento regionale); decreti del Presidente della Giunta regionale, atti di Enti locali, di enti pubblici e di altri enti o organi; su specifica determinazione del Presidente della Giunta regionale ovvero su deliberazione del Consiglio regionale, atti di organi statali che abbiano rilevanza per la Regione Emilia-Romagna, nonché comunicati o informazioni sull'attività degli organi regionali od ogni altro atto di cui sia prescritta in generale la pubblicazione. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 33,57.**

– Nella parte terza sono pubblicati: annunci legali; avvisi di pubblici concorsi; atti che possono essere pubblicati su determinazione del Presidente della Giunta regionale, a richiesta di enti o amministrazioni interessate; altri atti di particolare rilievo la cui pubblicazione non sia prescritta da legge o regolamento regionale. **Il prezzo dell'abbonamento annuale è fissato in Euro 20,66.**

**L'abbonamento annuale cumulativo al Bollettino Ufficiale è fissato in Euro 72,30 - Il prezzo di ogni singolo Bollettino è fissato in Euro 0,41) per 16 pagine o frazione di sedicesimo.**

**L'abbonamento si effettua esclusivamente a mezzo di versamento sul c/c postale n. 239400 intestato a Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna (Viale Aldo Moro n. 52 – 40127 Bologna) – Si declina ogni responsabilità derivante da disguidi e ritardi postali. Copie del Bollettino Ufficiale potranno comunque essere richieste avvalendosi del citato c/c postale.**

**La data di scadenza dell'abbonamento è riportata nel talloncino dell'indirizzo di spedizione. Al fine di evitare interruzioni nell'invio delle copie del Bollettino Ufficiale si consiglia di provvedere al rinnovo dell'abbonamento, effettuando il versamento del relativo importo, un mese prima della sua scadenza.**

In caso di mancata consegna inviare a Ufficio BO-CMP per la restituzione al mittente che si impegna a versare la dovuta tassa.