

## Nozioni sull'ordinamento della ASL FG.

*Premesse Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale"*

### TITOLO I

#### Il servizio sanitario nazionale

##### Capo I

##### Principi ed obiettivi

###### 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.

###### 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 avanzi 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 diretta 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) la identificazione e la eliminazione delle cause degli inquinamenti dell'atmosfera, delle acque e del suolo] (2/a).

## ***LEGGE REGIONALE N. 36 DEL 28-12-1994 REGIONE PUGLIA***

### ***ARTICOLO 1***

(Oggetto e finalità della legge)

1. La presente legge disciplina il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

## *ARTICOLO 2*

(Soggetti istituzionali)

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale:

- a) la Regione;
- b) i Comuni;
- c) le Unità sanitarie locali - aziende;
- d) le Università ;
- e) le Aziende ospedaliere.

## *ARTICOLO 3*

(Soggetti concorrenti)

1. Concorrono alle finalità del servizio sanitario regionale le Comunità montane, le Province, nonché le istituzioni sanitarie pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari - e private e i professionisti convenzionati.
2. Gli enti assistenziali pubblici e gli organismi di volontariato e di privato sociale e le associazioni di tutela dei cittadini concorrono alle medesime finalità con le modalità previste dalle leggi regionali.

## *ARTICOLO 4*

(Regione)

1. La Regione svolge funzioni legislative, di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica nei confronti delle Aziende sanitarie.
2. La Regione definisce i rapporti fra le Unità sanitarie locali e le istituzioni sanitarie pubbliche e private e i professionisti convenzionati attraverso gli strumenti, le procedure e i vincoli della programmazione regionale.
3. La Giunta regionale vigila sull' osservanza delle disposizioni in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici dell' assistenza e controlla che la gestione produca i risultati quantitativi e qualitativi prefissati nel piano sanitario regionale e nelle azioni programmatiche.
4. La Giunta regionale trasmette la proposta di piano sanitario regionale alle Università e ai Comuni. Le relative osservazioni sono rimesse alla Giunta regionale entro trenta giorni dal ricevimento della documentazione.

## *ARTICOLO 5*

(Unità sanitaria locale)

1. L' Unità sanitarie locale è azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
2. L' Unità sanitarie locale assicura ai cittadini l' erogazione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano sanitario regionale, avvalendosi delle proprie strutture, nonché delle aziende e degli istituti ed enti di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' articolo 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, delle istituzioni sanitarie pubbliche - ivi compresi gli ospedali militari – o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dei professionisti. A questo scopo ogni Unità sanitaria locale può stipulare apposite convenzioni con altre Unità sanitarie locali e quindi avvalersi delle strutture delle stesse.
3. L' Unità sanitaria locale esercita la propria autonomia aziendale nell' ambito degli indirizzi di programmazione del piano sanitario regionale, delle norme di organizzazione e funzionamento di cui alla presente legge, delle norme e dei principi di contabilità della normativa regionale, nonché delle norme e delle disposizioni della Regione.
4. L' Unità sanitaria locale, nell' ambito degli indirizzi stabiliti dal piano sanitario regionale e sulla base delle linee di indirizzo regionale, elabora il piano generale attuativo triennale.
5. L' Unità sanitaria locale fornisce alla Regione, nei tempi e con le modalità stabiliti dal sistema informativo regionale, tutti gli indicatori di sintesi funzionali all' attività di controllo che la Regione svolge ai sensi del precedente art. 4.

## ARTICOLO 6

(Università )

1. Le Università contribuiscono, per quanto di competenza, al processo di elaborazione del piano sanitario regionale.
2. La Giunta regionale e le Università , ai sensi dell' artº6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' articolo 7 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, stipulano appositi protocolli d' intesa:
  - a) per regolarmente l' apporto delle Facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del Servizio sanitario;
  - b) per la realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale connessi alla formazione degli specializzandi e all' accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale;
  - c) per l' espletamento dei corsi di formazione, per il conseguimento del diploma universitario di 1 livello, di cui all' art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341.
3. La Giunta regionale, per le Aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina e chirurgia, istituisce la Commissione paritetica Regione – Università con compiti propositivi in fase di programmazione e con funzioni di composizione in caso di contenzioso tra le suddette istituzioni.

4. La Commissione paritetica è costituita da n. 3 rappresentanti della Regione e da n. 3 rappresentanti della Università. Alle riunioni della Commissione paritetica partecipa, a titolo consultivo, un rappresentante dell' Azienda ospedaliera interessata.

## ARTICOLO 7

(Comuni)

1. I Comuni partecipano in via consultiva al processo di programmazione regionale.
2. La Giunta regionale, entro il 10 settembre dell' ultimo anno di vigenza del piano sanitario precedente, trasmette la proposta di piano sanitario regionale alla consultazione dei Comuni. Il parere deve essere espresso entro e non oltre i successivi trenta giorni dalla data di trasmissione. Nel caso di inosservanza del termine indicato, il parere si intende acquisito favorevolmente a tutti gli effetti.
3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta un regolamento tipo per disciplinare le modalità organizzative, di convocazione e di funzionamento della Conferenza di sindaci o dei Presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, nonché della propria rappresentanza di cui all' art. 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' articolo 4, lettera l), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
4. La rappresentanza della Conferenza dei sindaci è l' organismo attraverso il quale i Comuni interessati esprimono alla regione il proprio parere in merito al piano sanitario regionale e alle proposte programmatiche. Nel caso in cui l' ambito territoriale della Unità sanitaria locale coincida con quello del Comune, provvede direttamente il Sindaco.
5. Spetta al Sindaco o alla rappresentanza della Conferenza dei sindaci o dei Presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale;
  - a) definire, nell' ambito della programmazione regionale; le linee di indirizzo per l' impostazione programmatica delle attività delle Unità sanitarie;
  - b) definire le linee di indirizzo dei piani di zona dei servizi sociali;
  - c) esaminare il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio;
  - d) verificare l' andamento generale dell' attività dell' Unità sanitaria locale;
  - e) trasmettere le proprie valutazioni e proposte all' Unità sanitaria locale e alla Regione.

## ARTICOLO 8

(Province, Comunità montane e organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali)

1. Le Province, le Comunità montane, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, gli organismi di volontariato e di privato sociale e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini partecipano, in via consultiva, al processo di programmazione regionale.
2. La Giunta regionale trasmette la proposta di piano sanitario regionale per la consultazione delle Comunità montane, delle Province, delle organizzazioni maggiormente rappresentative

delle forze sociali e degli operatori sanitari, degli organismi di volontariato e di privato sociale e delle associazioni di tutela dei diritti dei cittadini entro il 10 settembre dell' ultimo anno di vigenza del piano precedente.

## *ARTICOLO 9*

(Strumenti della programmazione)

1. Sono strumenti della programmazione sanitaria, di competenza del Consiglio regionale:
  - a) il piano sanitario regionale;
  - b) i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute;
  - c) i piani settoriali;
  - d) le azioni programmatiche.
2. Sono strumenti attuativi della programmazione regionale:
  - a) i piani generali attuativi delle Unità sanitarie locali, nonché i loro aggiornamenti annuali;
  - b) i singoli programmi d' intervento.
3. Il piano sanitario regionale definisce, coerentemente con le indicazioni del piano sanitario nazionale, gli obiettivi della programmazione regionale, i modelli organizzativi e gli standard dei servizi.
4. I programmi di intervento di area specifica a tutela della salute e i piani settoriali costituiscono gli strumenti per l' attuazione degli obiettivi previsti dalla legge di piano sanitario regionale e fissano, per i periodi non superiori al triennio, i contenuti delle azioni finalizzate a tale situazione, le condizioni organizzative e le risorse necessarie con la previsione delle relative fonti di finanziamento.
5. Entro il 30 settembre di ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione sulla spesa sanitarie e sullo stato sanitario della Regione che evidenzi il grado di raggiungimento degli obiettivi.
6. I piani generali attuativi delle Unità sanitarie locali, nonché i loro aggiornamenti annuali e i singoli programmi di intervento di cui al precedente comma 2, lettera b), sono approvati dalla Giunta regionale.

## *ARTICOLO 10*

(Azioni strumentali della programmazione)

1. Le azioni strumentali contribuiscono al perseguimento degli obiettivi di efficacia e di efficienza del sistema socio - sanitario regionale in attuazione del piano sanitario regionale.
2. Sono azioni strumentali della programmazione:
  - a) la realizzazione del sistema informativo;
  - b) l' attivazione e lo sviluppo dell' osservazione epidemiologica;
  - c) le attività di sperimentazione;
  - d) la definizione di un sistema di indicatori finalizzato al controllo di qualità;
  - e) la formazione permanente del personale.

3. Il sistema informativo sanitario è l'insieme coordinato di strutture, strumenti e procedure finalizzate all' acquisizione, elaborazione, produzione e diffusione delle informazioni utili all'esercizio delle funzioni di programmazione, attuazione e controllo.
4. A tal fine la Regione promuove prioritariamente:
  - a) l' estensione della rete informativa;
  - b) la qualificazione delle basi informative;
  - c) lo sviluppo di metodologie per il monitoraggio e la verifica dei risultati delle attività sanitarie;
  - d) l' ottimizzazione dell' accesso da parte degli utenti ai servizi, anche per l' attuazione di quanto previsto dall' art. 14, comma 4, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
5. L' Osservatorio epidemiologico regionale, di cui alla legge regionale 5 aprile 1985, n. 14 e successive modifiche, provvede alla realizzazione del sistema di osservazione epidemiologica.
6. La Giunta regionale può promuovere sperimentazioni gestionali e organizzative, nella ricerca di più efficienti modelli di governo per l' uso delle risorse finalizzate a conseguire gli obiettivi prefissati nell' organizzazione dell' assistenza sanitaria.
7. Il controllo di qualità è organizzato ai livelli regionali, di azienda e per singola unità operativa. La Giunta regionale individua il sistema di controllo definendo, tra l' altro: indicatori di strutture, di procedure e di risultati, necessari, anche ai fini dell' accreditamento di cui all' artº 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 12 del decreto legislativo 30 dicembre 1993, n. 517, e tali da garantire un costante miglioramento della qualità dei servizi sanitari forniti.

## **ARTICOLO 11**

(Servizi socio - assistenziali)

1. La Regione, nell' ambito della programmazione, persegue l' integrazione delle politiche sanitarie e sociali e, a tal fine, promuove la delega da parte degli Enti locali alle Unità sanitarie locali della gestione dei servizi socio - assistenziali.
2. Le funzioni sanitarie e socio - assistenziali si integreranno attraverso accordi di programma, così come previsto dall' art. 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142; definiranno altresì il rapporto tra personale da utilizzare e il relativo fabbisogno finanziario. Nei suddetti accordi saranno indicate:
  - a) le funzioni di supporto indispensabili all' attuazione
  - b) di programmi di prevenzione e riabilitazione;
  - c) le funzioni socio - assistenziali delle unità operative;
  - d) le altre funzioni socio - assistenziali delegate dai Comuni.
3. La Conferenza dei sindaci approva il piano dei servizi sociali, attraverso intese di programma o convenzioni e lo trasmette all' Unità sanitaria locale.
4. Le Unità sanitarie locali assumono per delega la gestione dei servizi sociali da attuarsi attraverso i distretti, con contabilizzazione specifica.

## ARTICOLO 12

(Organi delle Unità sanitarie locali)

1. Sono organi dell'unità sanitaria locale:
  - a) il Direttore generale;
  - b) il Collegio dei revisori.
2. Il Direttore generale delle Aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina è nominato d' intesa con il Rettore delle rispettive Università; il Direttore generale stipula appositi accordi con la rispettiva Università al fine di regolare i rapporti in attuazione dei protocolli d' intesa di cui al precedente art. 6, comma 2.
3. Al Collegio dei revisori, nominato dal Direttore generale, si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche.
4. Spetta al Collegio dei revisori:
  - a) vigilare sulla regolarità amministrativa e contabile, anche mediante verifiche periodiche sulla base di indagini campionarie;
  - b) accertare almeno ogni trimestre la consistenza di cassa;
  - c) vigilare sulla gestione economico - finanziaria e patrimoniale, anche attraverso valutazioni sul grado di realizzazione degli obiettivi di budget e sull' efficienza ed efficacia della gestione;
  - d) controllare il bilancio di esercizio e la relazione annuale, esprimendo pareri su tali documenti e sui criteri di formazione degli stessi.
5. Per l' esercizio delle funzioni di cui al comma precedente, tutti gli atti adottati dal Direttore generale sono notificati al Collegio dei revisori all' atto della pubblicazione nell' albo dell' Azienda. Entro quindici giorni dal ricevimento dell' atto, il Collegio dei revisori notifica al Direttore generale gli eventuali rilievi.
6. Entro dieci giorni dalla nomina, il Direttore generale provvede alla prima convocazione del Collegio dei revisori. In tale seduta il Collegio provvede all' elezione, tra i propri componenti, del Presidente, ai sensi dell' art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, così come modificato dall' art. 4, lettera i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Nei casi di decadenza, dimissione o decesso del Presidente del Collegio dei revisori, le sue funzioni sono esercitate dal membro più anziano per età fino all' elezione di un nuovo Presidente. Entro dieci giorni dalla data in cui ne è venuto a conoscenza, il Direttore generale provvede a chiedere all' Amministrazione competente una nuova designazione e a ricostituire il Collegio entro trenta giorni dalla data di designazione.
7. Qualora si verificassero ripetute ingiustificate assenze o altre anomalie gravi di funzionamento, il Direttore generale le segnala ai soggetti che hanno proceduto alle designazioni dei revisori per dichiarare la conseguente decadenza e provvedere alla sostituzione, ai sensi dell' art. 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, così come modificato dall' art. 4, lett. i), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e nei termini di cui al precedente comma 6.



## ARTICOLO 13

(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell' art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art<sup>o</sup> 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e della legge 7 agosto 1990, n. 241.
2. L' Unità sanitaria locale concorda con gli organismi di volontariato e le associazioni di tutela dei diritti dei cittadini le modalità e i tempi di raccolta e valutazioni delle loro osservazioni in merito alla gestione dei servizi e all' erogazione delle prestazioni.
3. Il Direttore generale dell' Unità sanitaria locale convoca, almeno una volta all' anno, l' apposita Conferenza dei servizi quale strumento per verificare l' andamento dei servizi, ai sensi dell' art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 15 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative e di funzionamento della Conferenza dei servizi.

## ARTICOLO 14

(Direttive di organizzazione)

1. L' Unità sanitaria locale, sulla base di un apposito regolamento approvato dalla Giunta regionale, deve essere organizzata secondo le seguenti direttive:
  - a) a ciascuna struttura e unità operativa devono essere assegnati compiti, obiettivi e strumenti coerenti fra loro e rispondenti a logiche di organicità ed omogeneità;
  - b) per ciascuna struttura e unità operativa deve essere individuato un unico responsabile, in possesso di titoli specifici per le funzioni da svolgere, dal quale dipendono tutti gli operatori assegnati alla struttura o unità operativa;
  - c) ciascuna struttura e unità operativa deve individuata come centro di attività e di costo e deve essere assegnataria sia di specifici obiettivi in termini quantitativi e qualitativi, sia un definito budget. Il Dirigente della struttura è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget;
  - d) devono essere previsti meccanismi che assicurino il coordinamento tra strutture o unità operative che, pur nell' ambito della propria autonomia, devono necessariamente agire in maniera integrata.

## ARTICOLO 15

(Articolazione dell' Unità sanitaria locale)

1. L' Unità sanitaria locale si articola in:
  - a) direzione generale;
  - b) direzione operative.

2. La direzione generale dell' Unità sanitaria locale è composta dal Direttore generale, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell' art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Spetta alla direzione generale assicurare i livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano sanitario nazionale e dal piano regionale.
  3. Costituiscono le direzioni operative dell' Unità sanitaria locale le aree e le strutture sanitarie e socio - sanitarie.
  4. Sono strutture operative dell' Unità sanitaria locale:
    - l'Ospedale organizzato in forma dipartimentale e unificato ai fini funzionali nel caso in cui più presidi insistono nella stessa Unità sanitaria locale;
    - il Dipartimento di prevenzione;
    - il Dipartimento di salute mentale;
    - il Distretto socio - sanitario.
- Sono aree:
- la gestione del personale;
  - la gestione delle risorse finanziarie;
  - la gestione tecnica;
  - la gestione del servizio farmaceutico;
  - la gestione del patrimonio;
  - il coordinamento dei servizi sociali.
5. Le strutture e le aree dell' Unità sanitaria locale sono dirette da un dirigente apicale nominato dal Direttore generale e si articola in unità operative sulla base dei criteri stabiliti dal precedente art. 14.
  6. I dirigenti delle strutture operative sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario; i dirigenti delle aree gestione del personale, gestione delle risorse finanziarie e gestione del patrimonio sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo amministrativo; i dirigenti delle aree gestione tecnica e coordinamento dei servizi sociali sono scelti tra i dipendenti appartenenti rispettivamente al ruolo professionale e tecnico. I dirigenti dell' area gestione del servizio farmaceutico sono scelti tra i dipendenti appartenenti al ruolo sanitario.

## ARTICOLO 16

(Direttore generale)

1. Il Direttore generale dell' Unità sanitaria locale esercita le funzioni di governo complessivo e di rappresentanza ai fini del raggiungimento degli obiettivi generali assegnati dalla Giunta regionale; è responsabile del raggiungimento dei suddetti obiettivi ed in particolare della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell' azienda.
2. Il Direttore generale è coadiuvato, nello svolgimento delle sue funzioni, dal Direttore sanitario, dal Direttore amministrativo e dal Coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 dell' art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

3. Il Direttore generale è inoltre coadiuvato dal Consiglio dei sanitari e dall' Unità controllo di gestione.
4. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta medesima, risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del Direttore generale nei casi previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

## *ARTICOLO 17*

(Direttore sanitario)

1. Il Direttore sanitario è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n° 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
2. Il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nel governo dell' Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell' Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico - sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, nonché collaborando al controllo di gestione dell' Azienda e al controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate. Il Direttore sanitario, in particolare, assicura l' integrazione tra servizi ambulatoriali ospedalieri e territoriali.
3. Per giustificati motivi, il Direttore sanitario può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

## *ARTICOLO 18*

(Direttore amministrativo)

1. Il Direttore amministrativo è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e a lui si applicano le norme di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.
2. Il Direttore amministrativo è nominato dal Direttore generale nel governo dell' Unità sanitaria locale, fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità sanitaria locale, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi, nonché collaborando al controllo di gestione dell' Azienda.
3. La Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità organizzative secondo le quali articolare i servizi, nonché le modalità di raccordo funzionale, all' interno dell' Unità sanitaria locale stessa, tra tutti gli operatori che operano nei servizi e nelle strutture dell' Azienda.
4. Per giustificati motivi, il Direttore amministrativo può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

## ARTICOLO 19

(Coordinatore dei servizi sociali)

1. Il Coordinatore dei servizi sociali è nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato e nominativo.
2. Il Coordinatore dei servizi sociali coadiuva il Direttore generale nel governo dell' Unità sanitaria locale fornendo pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolgendo attività di indirizzo e supporto nei confronti dei responsabili delle Unità operative dell'Azienda per i servizi socio - sanitari e socio - assistenziali.
3. Per giustificati motivi il Coordinatore dei servizi sociali può essere sospeso o dichiarato decaduto dal Direttore generale con provvedimento motivato.

## ARTICOLO 20

(Consiglio dei sanitari)

1. 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 dei sanitari:
  - a) medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati: chimici, fisici, biologi, psicologi, farmacisti e sociologi, con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica ai sensi dell' art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517;
  - b) un medico veterinario;
  - c) una rappresentanza del personale infermieristico;
  - d) una rappresentanza del personale tecnico - sanitario.
2. Nella composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.
3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale emana direttive per disciplinare le modalità di elezione e la composizione e il funzionamento del Consiglio dei sanitari.
4. Il Consiglio dei sanitari fornisce i pareri di cui all' art. 3, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' art. 4, lettera h), del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517.

## ARTICOLO 21

(Unità controllo di gestione)

1. L' Unità controllo di gestione opera alle dirette dipendenze del Direttore generale e collabora con la direzione generale.

2. All' Unità controllo di gestione compete l' applicazione di metodica di budget in stretta integrazione con il controllo di gestione al fine di garantire efficacia ed efficienza ai processi di acquisizione e di impiego delle risorse e di evidenziare il principio di responsabilità economica.
3. L' Unità controllo di gestione è individuata dal Direttore generale con provvedimento che motivi il numero e le competenze degli operatori assegnati all' Unità in relazione alle attività attribuite alla stessa.
4. Sono, altresì , alle dirette dipendenze del Direttore generale la struttura burocratica legale per l' assunzione del patrocinio e la consulenza, autonoma ai sensi della legislazione professionale forense, e l' Unità operativa per le attività di statistica e di epidemiologia.

## ARTICOLO 22

(Dipartimento ospedaliero)

1. In applicazione dell' art. 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell' art. 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, l' Ospedale è organizzato in Dipartimenti dotati di budget prefissato.
2. Il Direttore generale dell' Unità sanitaria locale, su proposta del Direttore sanitario, sentito il Consiglio dei sanitari, provvede alla definizione dei Dipartimenti ospedalieri.
3. I protocolli d' intesa, di cui al precedente art. 6, comma 2, stipulati dalla Regione con l' Università prevedranno la partecipazione di quest' ultima alla definizione dei Dipartimenti nei Presidi ospedalieri interessati.
4. I Dipartimenti possono essere:
  - a) per obiettivi, costituiti fra Divisioni e Servizi al fine di coordinare l' azione nella prospettiva di un determinato risultato da raggiungere;
  - b) strutturali, costituiti da Divisioni o Servizi omologhi o omogenei sotto il profilo dell' attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.
5. Una Divisione o Servizio non può far parte, al tempo stesso, di Dipartimenti strutturali diversi.
6. I Dipartimenti strutturali sono obbligatori fra Divisioni e Servizi omologhi dello stesso Presidio ospedaliero.
7. Sono finalità del Dipartimento ospedaliero:
  - a) la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;
  - b) la sperimentazione e l' adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
  - c) il coordinamento e lo sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e sulla qualità delle prestazioni;
  - d) il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del Dipartimento con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello Statuto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull' uso delle strutture, agli orari di accesso e al comfort degli utenti.

8. Il Dipartimento ospedaliero è diretto da uno dei dirigenti delle Divisioni e dei servizi interessati, nominato dal Direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del Direttore sanitario e del Dirigente medico dell' Ospedale, dal quale il responsabile del Dipartimento dipende. Il responsabile del Dipartimento assicura il raggiungimento delle finalità di cui al precedente comma 7 e, in particolare, il coordinamento fra le unità operative che lo compongono e il rispetto del budget.
9. In fase di prima applicazione della presente legge sono previste specifiche sperimentazioni che verranno individuate dalla Giunta regionale.

## ARTICOLO 23

(Assistenza ospedaliera)

1. L' assistenza ospedaliera è funzione unica dell' Unità sanitaria locale anche se erogata da più Presidi.
2. Nei Presidi ospedalieri quali risultano dal riordino della rete ospedaliera è previsto un dirigente medico, in possesso della idoneità di cui all' art. 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come responsabile delle funzioni igienico - organizzative, su delega del Direttore sanitario della USL, e un dirigente amministrativo per l' esercizio delle funzioni gestionali e di coordinamento amministrativo, su delega rispettivamente del Direttore generale e del Direttore amministrativo della USL.
3. All' Ospedale è attribuita autonomia economico – finanziaria con contabilità separata all' interno del bilancio dell' Unità sanitaria locale.

## ARTICOLO 24

(Dipartimento di prevenzione)

1. Il Dipartimento di prevenzione è la struttura dell' Unità sanitaria locale preposta all' organizzazione e alla promozione nel territorio di competenza della tutela della salute della popolazione, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia, in particolare quelle maggiormente diffuse e diffusive, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute della popolazione è sottoposta a rischio.
2. Sono finalità del Dipartimento di prevenzione:
  - a) assicurare la qualità e l' efficienza degli interventi di prevenzione;
  - b) assicurare l' omogeneità degli interventi di prevenzione;
  - c) ottimizzare l' utilizzo delle risorse a disposizione;
  - d) promuovere programmi di educazione alla sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro.
3. Il Dipartimento di prevenzione è articolato almeno nei seguenti Servizi:
  - a) igiene e sanità pubblica;
  - b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
  - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
  - d) veterinari, articolati distintamente nelle tre aree funzionali della sanità animale, dell' igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e trasporto degli alimenti di

origine animale e loro derivati e dell' igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

4. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria sono trasferite al Dipartimento di prevenzione. Ferme restando le attribuzioni, quali autorità sanitarie, del Sindaco e del Presidente della Giunta regionale, sono abrogate le norme incompatibili con la presente legge.
5. Il Direttore generale nomina, sentiti il Direttore sanitario amministrativo, il responsabile del Dipartimento di prevenzione, scelto fra il personale della Unità sanitaria locale avente qualifica dirigenziale, prioritariamente tra i responsabili dei Servizi di cui al precedente comma 3. In quest' ultima ipotesi, il responsabile del Dipartimento di prevenzione può conservare la direzione del proprio Servizio.
6. Al responsabile del Dipartimento di prevenzione spetta:
  - a) il coordinamento dell' assetto organizzativo;
  - b) la gestione del budget;
  - c) la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale;
  - d) la pianificazione e il controllo.
7. I Dipartimenti di prevenzione individuati a tal fine dal piano sanitario regionale svolgono funzioni multizonali nelle materie indicate dal piano stesso, sulla base di accordi e programmi concordati dai Direttori generali delle Unità sanitarie locali interessate.
8. La Giunta regionale disciplina:
  - il raccordo funzionale, all' interno dell' Unità sanitaria locale, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;
  - i rapporti tra Unità sanitarie locali, tra Dipartimento di prevenzione e Distretti;
  - i rapporti tra le Unità sanitarie locali per quelle attività attribuite ad alcuni Dipartimenti di prevenzione con funzioni multizonali, di cui al precedente comma 7. Il regolamento, infine, disciplinerà i rapporti tra Dipartimenti di prevenzione e Istituti zooprofilattici, Province e Agenzia regionale, di cui al decreto legislativo 4 dicembre 1993, n. 496, convertito con modificazioni nella legge 21 gennaio 1994, n. 61, alla quale afferiscono i Presidi multizonali di prevenzione.

## ARTICOLO 25

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative dell' Unità sanitaria locale.
2. Il Dipartimento di salute mentale svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione a livello ambulatoriale, domiciliare e ospedaliero.
3. Il Dipartimento di salute mentale è il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
4. Ogni Dipartimento è dotato delle seguenti unità operative:
  - a) Centro salute mentale;
  - b) Servizio psichiatrico di diagnosi e cura.

5. Il Dipartimento di salute mentale è coordinato da un medico psichiatra di II livello, nominato dal Direttore generale tra quelli in servizio nel Dipartimento in relazione ai risultati conseguiti e verificati annualmente.

## ARTICOLO 26

(Distretto socio - sanitario)

1. Il Distretto assicura la tutela della salute nel territorio di competenza e l' integrazione dei servizi sanitari, socio - sanitari e assistenziali, se delegati dai Comuni.
2. Il Distretto è , altresì , il centro di responsabilità e di spesa di tutte le prestazioni e le attività necessarie alla popolazione del proprio ambito territoriale.
3. Il Distretto, in collaborazione anche con i medici e i pediatri di base, assicura un efficace filtro della domanda e orienta la stessa, garantendo la continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento. Il Distretto indirizza e coordina in particolare le prescrizioni in tema di assistenza ospedaliera, assistenza specialistica e assistenza protesica e termale. Funge da centro ordinatore per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative di cui al successivo comma 4 e dalle aziende e dagli istituti ed enti di cui all' art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dall' artº 5 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dalle istituzioni sanitarie pubbliche o private, sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico, e dai professionisti convenzionati.
4. Al responsabile di Distretto spetta la gestione del budget e la direzione degli operatori assegnatigli dal Direttore generale, ai fini del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Nel distretto vengono assicurate le seguenti prestazioni, di norma strutturate in unità operative:
  - a) l'informazione, la prenotazione e l' assistenza amministrativa ai cittadini per l' utilizzazione dei vari servizi sanitari e sociali;
  - b) l' educazione sanitaria sociale;
  - c) l' assistenza medico - generica e pediatrica, ambulatoriale e domiciliare, con servizi di guardia permanente;
  - d) l' assistenza domiciliare - integrata;
  - e) l' assistenza consultoriale;
  - f) l' assistenza residenziale e semiresidenziale;
  - g) le attività socio - assistenziali delegate dagli enti locali;
  - h) l' assistenza specialistica poliambulatoriale, organizzata nel presidio poliambulatoriale;
  - i) l' assistenza riabilitativa e protesica;
  - j) l' assistenza psicologica;
  - k) la tutela della salute degli anziani;
  - l) l' assistenza farmaceutica.
5. A livello distrettuale sono altresì svolte attività proprie del Dipartimento di prevenzione.
6. Il Direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il responsabile del Distretto, sentiti il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.



7. Il responsabile del Distretto è scelto fra il personale sanitario avente qualifica dirigenziale dell' Unità sanitaria locale. La Regione, sentite le Province interessate e l' ANCI regionale, articola il territorio dell' azienda USL in distretti, di norma, sulla base dei seguenti criteri:
  - a) corrispondenza dell' area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;
  - b) coincidenza dell' area distrettuale, ove possibile, con quella complessiva di una o più Circoscrizioni comunali o uno o più Comuni.
  - c) All' ambito territoriale del Distretto di area urbana possono essere aggregati Comuni limitrofi, per motivate ragioni di vincoli o potenzialità socio - economiche, di viabilità e consolidata mobilità della popolazione. E' consentita deroga al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili in realtà montane o rurali con particolare dispersione della popolazione. Il Direttore generale dell' Unità sanitaria locale, entro sessanta giorni dalla nomina, delibera la costituzione di distretti.
8. La Giunta regionale disciplina il raccordo tra Ospedale e Distretti. Il Consiglio regionale disciplina l' organizzazione dei servizi aventi natura sovradistrettuale e in particolare gli interventi in materia di salute mentale, di prevenzione delle tossicodipendenze e di assistenza riabilitativa salvaguardando la continuità terapeutica.

## *ARTICOLO 27*

(Programmi di intervento di area specifica a tutela della salute)

1. Il direttore generale dell' Unità sanitaria locale, su proposta del Direttore sanitario, nomina i dirigenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, individuati con il piano sanitario nazionale e regionale.
2. Ai dirigenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute coadiuvare il Direttore sanitario ed il Coordinatore dei servizi sociali nello svolgimento delle loro funzioni di sovraordinazione alla realizzazione dei programmi.
3. Il Direttore generale individua i dirigenti di cui al comma 1 del presente articolo, scegliendo fra il personale dell' Unità sanitaria locale avente qualifica dirigenziale.

## *ARTICOLO 28*

(Controllo di qualità )

1. La Regione, allo scopo di garantire la qualità dell' assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, adotta in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo.
2. La Giunta regionale, al fine di valutare la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, definisce un sistema di indicatori e di parametri di riferimento.
3. Il direttore generale dell' Unità sanitaria locale assicura l' attivazione del sistema di indicatori di cui al precedente comma 2, ferma restando la possibilità di integrarli per ulteriori analisi a livello di Unità sanitaria locale.

## ARTICOLO 29

(Principi per la ripartizione delle risorse finanziarie)

1. La ripartizione della quota destinata al finanziamento delle spese necessarie per la gestione delle Unità sanitarie locali avviene, con provvedimento della Giunta regionale, in base a parametri su base capitaria riferiti alla popolazione residente, tenendo conto di particolari condizioni ambientali ed aspetti organizzativi, per il conseguimento dei livelli uniformi di assistenza.
2. In sede di ripartizione della quota destinata al finanziamento delle Unità sanitarie locali viene accantonata una quota di riserva destinata al graduale conseguimento del riequilibrio territoriale.
3. Le prestazioni sanitarie rese a cittadini residenti in altri ambiti territoriali sono compensate tra le Unità sanitarie locali, sulla base di certificazioni definite dalla Giunta regionale, in sede di assegnazione regionale delle quote di finanziamento.
4. La ripartizione della quota destinata al finanziamento degli investimenti avviene con provvedimento della Giunta regionale, che procede all' approvazione dei programmi e dei progetti di massima presentati da ciascuna Unità sanitaria locale, in relazione alle previsioni della programmazione sanitaria regionale. I programmi ed i progetti di massima presentati dalle Unità sanitarie locali devono essere accompagnati da una dettagliata analisi costo - beneficio.
5. La Giunta regionale provvede altresì a definire le quote di finanziamento ammesse per ciascun anno e per ciascun programma approvato.

## ARTICOLO 30

(Disposizioni per il primo funzionamento)

1. I Direttori generali delle Unità sanitarie locali sono immessi nelle funzioni alla data del 1 gennaio 1995. Gli stessi, in sede di prima nomina, esercitano anche le funzioni di Commissari liquidatori delle Unità sanitarie locali. Contestualmente decadono gli amministratori straordinari.
2. I Direttori generali delle Unità sanitarie locali, in via preliminare, individuano le strutture operative e definiscono le piante organiche delle stesse, previa verifica dei carichi di lavoro, nell' ambito dei contenuti della presente legge e degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale. I provvedimenti di definizione delle piante organiche sono sottoposti al controllo della Giunta regionale secondo le modalità dell' art. 4, comma 8, della legge 30 dicembre 1991, n. 412.
3. Entro sessanta giorni dalla data di adozione del regolamento di organizzazione dell' Unità sanitaria locale, il Direttore generale provvede alla definitiva assegnazione del personale e comunque entro i limiti qualitativi e quantitativi della pianta organica definitiva. Il Direttore generale, per comprovate e motivate esigenze di servizio, può disporre la mobilità del personale in conformità alle disposizioni legislative e contrattuali che disciplinano la materia.

4. Il personale del servizio sanitario regionale in servizio al momento della costituzione delle Unità sanitarie locali è trasferito alle medesime ed è utilizzato nell' Unità operativa di appartenenza.
5. La Giunta regionale, informate le Organizzazioni sindacali, prima della immissione nella funzione dei direttori generali, provvede a disciplinare:
  - a) i criteri per la gestione delle piante organiche provvisorie;
  - b) la formazione dei piani distributivi del personale tra le costituenti Aziende;
  - c) l' attuazione delle prime misure concernenti l' assetto organizzativo e funzionale aziendale e l' attribuzione delle connesse responsabilità dirigenziali.
6. All' atto del suo insediamento, il Direttore generale indice l' elezione del Consiglio dei sanitari.

### *ARTICOLO 31*

(Disposizioni in materia di gestione dei servizi socio - assistenziali)

1. Il personale dipendente degli enti locali, messo a disposizione per lo svolgimento di attività sociali nelle preesistenti Unità sanitarie locali, continua a svolgere le funzioni assegnate fermo restando quanto previsto dall' art. 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

### *ARTICOLO 32*

(Riorganizzazione assistenza ospedaliera)

1. Entro e non oltre trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, anche a stralcio del piano sanitario regionale, il Consiglio regionale approva la riorganizzazione della rete ospedaliera, nel rispetto delle disposizioni contenute nella legge 30 dicembre 1991, n° 412 e nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, emanato ai sensi della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e della legge 24 dicembre 1993, n. 537. Entro lo stesso termine il Consiglio regionale individua le Aziende ospedaliere destinate a centri di riferimento della rete dei servizi di emergenza. I Direttori generali delle Aziende ospedaliere di cui al presente articolo sono immessi nella funzione alla data del 1 gennaio 1995.
2. La riorganizzazione della rete ospedaliera deve perseguire:
  - a) la razionalizzazione e la riqualificazione dei servizi ospedalieri, ai fini di una più equilibrata distribuzione degli stessi sul territorio regionale, in relazione al fabbisogno della popolazione e all' ottimale utilizzazione delle risorse;
  - b) l' organizzazione di una rete di servizi conforme, anche per tipologia, alla normativa vigente, finalizzata a fornire ai cittadini le risposte più adeguate, in rapporto alle loro diverse esigenze assistenziali;
  - c) l' eliminazione dei ricoveri impropri per ricondurre la rete ospedaliera alla funzione propria;
  - d) la riconversione o la riduzione delle unità operative che nell' ultimo quinquennio presentano dati di funzionalità inferiori a quelli indicati dalla normativa di cui al primo comma del presente articolo;

- e) la riconversione o la soppressione delle strutture ospedaliere che nell' ultimo quinquennio presentano una dotazione funzionale inferiore a n. 120 posti letto.
3. Il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è diretto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:
- a) adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi e agli standard previsti dalla vigente normativa, con particolare riguardo alla dotazione complessiva dei posti letto nonché agli standard di attività e di efficienza;
  - b) riconduzione dell' Ospedale alle sue proprie funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie acute e di risposta alle emergenze sanitarie;
  - c) integrazione funzionale delle strutture ospedaliere tra di loro e con i servizi del territorio;
  - d) rimozione negli Ospedali delle cause di disfunzione sul piano organizzativo, al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse, anche tecnologiche, esistenti e riordino, su base omogenea e secondo parametri funzionali, delle piante organiche;
  - e) riconversione delle strutture ospedaliere, non rispondenti a criteri di funzionalità , efficienza ed economicità, in strutture extraospedaliere residenziali o non residenziali, nell' ambito delle tipologie previste dalla vigente normativa;
  - f) dimensionamento e razionalizzazione della rete delle case di cura accreditate, in relazione al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale programmato.

### *ARTICOLO 33*

(Riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, in attuazione delle linee programmatiche e di indirizzo e in conformità alle prescrizioni della presente legge, provvede, previa verifica della situazione esistente, alla quantificazione dei posti letto complessivi, distinti per area funzionale e disciplina, delle singole Unità sanitarie locali, così come risultanti a seguito del riassetto previsto dall' art. 3, comma 5, lett. a), del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di ciascun complesso ospedaliero individuato per essere costituito in Azienda ospedaliera in attuazione del decreto legislativo stesso.
2. La Giunta regionale, nel definire l' assetto organizzativo degli Ospedali, accorpa, in norma, ai fini funzionali e tenuto conto del bacino di utenza e della specificità del territorio, quelli ubicati nell' ambito della stessa Unità sanitaria locale, che non siano destinati ad essere costituiti in Aziende ospedaliere, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
3. Nell' ambito dei provvedimenti di cui ai commi precedenti, sono stabiliti i tempi di realizzazione della riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, assegnando priorità ai servizi connessi alle emergenze sanitarie.

### *ARTICOLO 34*

(Ospedali al di sotto di 120 posti letto)

1. Le strutture ospedaliere gestite direttamente dalle Unità sanitarie locali, con una dotazione di posti letto inferiore a 120 nell' ultimo quinquennio, sono riconvertite come segue.

- a) accorpamento, previa eventuale trasformazione, anche parziale, dei relativi servizi, nell'ambito del presidio ospedaliero di Unità sanitaria locale, ridefinendo la distribuzione complessiva dei servizi e dei posti letto e favorendo la realizzazione delle strutture polyvalenti di cui alla successiva lettera b), anche con riferimento ai bacini di utenza e tenuto conto della fluttuazione della popolazione;
- b) variazione del tipo di destinazione ai fini sanitari mediante trasformazione in strutture extraospedaliere poliambulatoriali, in residenze sanitarie assistenziali o in altre strutture residenziali o semiresidenziali non ospedaliere, privilegiando la realizzazione di strutture polyvalenti;
- c) disattivazione ai fini della variazione di destinazione per usi non sanitari per quei presidi che risultino non utilizzabili ai fini sanitari, avuto riguardo allo stato e qualità delle strutture edilizie, nonché alla funzionalità ed economicità della gestione e che si trovino in ambiti territoriali che dispongono dei previsti standard di posti letto.

## ARTICOLO 35

(Organizzazione per aree funzionali - Dipartimenti)

1. Le Unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere, ove costituite, nonché le istituzioni di cui agli articoli 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro sessanta giorni dalla data di comunicazione dei provvedimenti regionali di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, presentano alla Regione, Assessorato sanità, una proposta per attuare, nell'ambito delle strutture ospedaliere di competenza, il modello organizzativo delle aree funzionali omogenee di cui al comma 3 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con presenza obbligatoria del day hospital e di spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e posti letto per le camere a pagamento. L'istituzione del day hospital è effettuata attraverso la riconversione di una quota parte dei posti letto complessivi. I posti letto da destinare alla istituzione delle camere a pagamento, nonché quelli riservati all'esercizio della libera professione intramuraria, non sono compresi nello standard dei posti letto per mille abitanti.
2. Il modello organizzativo di cui al precedente comma 1 deve prevedere l'organizzazione dell'Ospedale in Dipartimenti, collegati funzionalmente anche con le strutture extraospedaliere.
3. Le proposte di cui al comma 1 del presente articolo sono approvate con deliberazione della Giunta regionale, previa verifica della loro compatibilità con la programmazione regionale e della loro rispondenza alle direttive della Regione. Nella stessa deliberazione sono indicati, per ogni presidio, i tempi di realizzazione del modello organizzativo delle aree funzionali omogenee, in funzione delle risorse effettivamente a disposizione.
4. I provvedimenti della Giunta regionale sono adottati sentita la competente Commissione consiliare permanente.

## ARTICOLO 36

(Istituti di ricovero e cura obbligatoriamente convenzionati con il Servizio sanitario regionale)

1. I rapporti convenzionali con le istituzioni indicate agli articoli 39, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 vengono ridefiniti sulla base delle linee di programmazione e di indirizzo di cui alla presente legge.
2. L' istituzione di nuove Divisioni e Servizi universitari, ivi compresi quelli connessi ad esigenze didattiche e di ricerca, che comportino nuovi oneri a carico del Servizio sanitario regionale, è attuata, d' intesa tra Regione e Università , nell' ambito del fabbisogno complessivo di Servizi ospedalieri definito ai sensi del precedente artº 32, nel rispetto della normativa contenuta nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
3. L' istituzione di nuove Divisioni e Servizi ospedalieri da parte degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all' articolo 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale, tenuto conto dell' attività di ricerca scientifica biomedica svolta dagli stessi. E' altresì soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale l' istituzione di nuove Divisioni di cui all' art. 41 della legge 23 dicembre 1978, n° 833, nonché le variazioni di organico che comportino nuovi oneri di spesa ovvero modificazioni dell' assetto organizzativo della struttura.
4. La Giunta regionale, ai fini dell' adozione dei provvedimenti di cui ai precedenti commi, è tenuta ad acquisire il parere della competente Commissione permanente del Consiglio regionale, che si esprime entro il termine perentorio di trenta giorni dal ricevimento della richiesta.
5. L' eventuale riconoscimento quale presidio dell' Unità sanitaria locale delle strutture di cui al secondo comma dell' art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 potrà , essere previsto nell' ambito del piano sanitario regionale, da emanarsi a norma dell' art. 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

## *ARTICOLO 37*

(Case di cura private accreditate)

1. Le convenzioni con le Case di cura private decadono alla data di entrata in vigore della presente legge. Le stesse continuano a produrre effetti fino al termine indicato nei provvedimenti di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera nei quali è indicato il fabbisogno di attività ospedaliere da accreditare, distinte per disciplina, in conformità ai criteri di seguito indicati e comunque non oltre il 31 dicembre 1996.
  1. complementarietà ed integrazione delle attività svolte dalle Case di cura private rispetto a quelle dei presidi ospedalieri pubblici;
  2. accreditamento delle Case di cura private per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti strutturali organizzativi e funzionali previsti dalle leggi vigenti;
  3. accreditamento delle Case di cura che, per l' insieme delle tecnologie sanitarie e la presenza di più specialità, offrano migliori garanzie di assistenza in rapporto alle patologie da trattare.