



DISEGNO DI LEGGE N. 216

Presentato dalla Giunta regionale

<<Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale>>

Presentato il 30 luglio 2012

Signor Presidente, Signori Consiglieri,

la decisione di presentare un disegno di legge finalizzato al riassetto del Servizio sanitario regionale (SSR) della Regione Friuli Venezia Giulia discende dall'esigenza di "innovare" un sistema di eccellenza per garantirne la sostenibilità di lungo periodo. Sono infatti passati molti anni dalla prima Riforma, determinata allora dalla originale e feconda applicazione regionale dei provvedimenti governativi (Dlgs 502/92 e 517/93), con l'aziendalizzazione della sanità e la riduzione delle Aziende sanitarie (L.R. 12/94), con la legge di revisione della rete ospedaliera regionale (L.R. 13/95) e i Piani di Intervento conseguenti.

Il SSR ha conosciuto una evoluzione positiva, testimoniata dai principali indicatori di salute, dall'appropriatezza del ricovero e dalla qualità dell'assistenza ospedaliera, dallo sviluppo delle cure primarie, con una articolata rete di servizi territoriali in grado di reggere al peso crescente delle malattie croniche e dal sostanziale equilibrio economico finanziario del sistema. Tuttavia esistono margini di ulteriore miglioramento a fronte delle evidenti criticità esistenti ed emergenti.

Siamo, infatti, in presenza di un fabbisogno finanziario crescente nella sanità che si contrappone a un contesto generale di risorse in diminuzione e, al tempo stesso, l'analisi del sistema esistente sul territorio regionale evidenzia:

- eccessiva pluralità di attori istituzionali e ridotte dimensioni aziendali che frenano il conseguimento delle economie di scala e delle sinergie qualitative previste dalla programmazione regionale;
- difformità fra le diverse aree territoriali della regione nei livelli di assistenza e nell'offerta di servizi;
- ridondanza dell'offerta ospedaliera a sfavore dell'assistenza sul territorio e crescente difficoltà a garantire la sostenibilità economica del sistema;
- criticità nel garantire la continuità delle cure e percorsi assistenziali adeguati ad affrontare la complessità dei bisogni, caratterizzati dalla pluripatologia e dalla cronicizzazione, che richiedono integrazione verticale tra i livelli assistenziali, in particolare tra assistenza sanitaria di base e assistenza ospedaliera;
- esigenza di affrontare patologie emergenti, quali la depressione e altre forme di disagio psicosociale, che richiedono maggiore integrazione tra settore sanitario e sociale.

Dall'esigenza di superare queste criticità discendono le finalità del disegno di legge che persegue:

- la centralità del cittadino, la sua partecipazione e libertà di scelta;
- la semplificazione del sistema esistente attraverso la riduzione delle aziende e l'incremento della loro dimensione al fine di perseguire economie di scala nei processi

produttivi e centralizzazione delle attività non caratteristiche (logistica ed edilizia, attività amministrative e servizi di supporto);

- la sostenibilità economica del sistema nel lungo periodo, favorendo una riconversione di risorse dal settore ospedaliero a quello territoriale e garantendo la qualificazione delle eccellenze ospedaliere;
- lo sviluppo integrato del sistema socio-sanitario, perseguendo l'integrazione ospedale-territorio, la continuità e la personalizzazione delle cure, l'uniformità dei livelli assistenziali e l'omogeneità dell'offerta dei servizi sul territorio regionale;
- il miglioramento della qualità e della sicurezza del servizio reso al cittadino attraverso l'attivazione di reti cliniche regionali che consentano l'ottimizzazione e la specializzazione dei processi produttivi, garantiscano ai pazienti Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) appropriati e offrano agli operatori dei diversi livelli di cura opportunità di crescita professionale.

Per la loro realizzazione la Regione – che svolge la funzione di pianificazione ed esercita il ruolo di governo complessivo del SSR – assume l'integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure quale criterio guida del riordino istituzionale e organizzativo.

Su questa base vengono ridefinite le Aziende per i servizi sanitari (ASS), con dimensione demografica e organizzativa adeguata, a cui è attribuita la missione di promozione e tutela della salute e del benessere della popolazione attraverso le funzioni di indirizzo e accompagnamento del cittadino, di erogazione diretta dei livelli essenziali di assistenza, di controllo e valutazione dei servizi resi dagli erogatori pubblici e privati accreditati.

Accanto ad esse, mantengono l'attuale assetto istituzionale, riconosciuto dalla legislazione regionale e nazionale, l'Azienda ospedaliera di Pordenone, le Aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e Udine e gli IRCCS con la loro missione di didattica e ricerca e di erogazione delle funzioni regionali di assistenza ospedaliera e specialistica definite dalla programmazione regionale.

La Regione attraverso la programmazione e gli indirizzi organizzativi definirà le forme e le modalità della necessaria integrazione tra ASS, Aziende ospedaliere e IRCCS nonché i meccanismi di raccordo interaziendali finalizzati a garantire la continuità assistenziale, l'interscambio dei professionisti sui percorsi assistenziali e la realizzazione di economie di scala.

Assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale

Nella governance del Servizio sanitario regionale assume una posizione di rilievo la Regione che, per il tramite della Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria e politiche sociali svolge attività di indirizzo e coordinamento degli enti del SSR che vengono di seguito elencati:

- aziende per i servizi sanitari;
- azienda ospedaliera di Pordenone e aziende ospedaliero-universitarie,
- Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

Tre sono le aziende per i servizi sanitari individuate:

- Azienda per i servizi sanitari Giuliano-Isontina,
- Azienda per i servizi sanitari Friulana,
- Azienda per i servizi sanitari Friuli Occidentale.

Si prevede che le prime due vengano istituite con Decreto del Presidente della Regione e con decorrenza dall'1.1.2014 mediante i seguenti accorpamenti degli attuali Enti del SSR:

- A.S.S. n. 1 Triestina e A.S.S. n. 2 Isontina, con ambito territoriale tutti i Comuni delle province di Trieste e Gorizia,
- A.S.S. n. 3 "Alto Friuli", A.S.S. n. 4 "Medio Friuli" e A.S.S. n. 5 "Bassa Friulana", con ambito territoriale tutti i Comuni della provincia di Udine.

Rimane immutata la presenza, il mandato e la natura giuridica dell'Azienda per i servizi sanitari Friuli occidentale, dei due IRCCS, dell'Azienda ospedaliera di Pordenone, della Azienda ospedaliero-universitaria di Trieste e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Udine. In quest'ultima, però, si prevede venga incorporato l'Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione (Gervasutta) di Udine (attualmente inserito nell'A.S.S. n. 4 "Medio Friuli"), date le sue caratteristiche di Presidio di riferimento regionale per la riabilitazione e considerate le strette interrelazioni che devono intercorrere tra l'intervento in fase di acuzie e la fase di immediata riabilitazione precoce.

Si prevede così di integrare i diversi setting assistenziali e di fornire con continuità al Gervasutta il supporto delle competenze specialistiche presenti nell'Azienda ospedaliero-universitaria, fermo restando per il Presidio del Gervasutta l'autonomia gestionale mediante l'attribuzione, da parte del Direttore dell'AOU, di uno specifico budget.

Una prima simulazione delle Aziende definite dal presente disegno di legge porterebbe, pertanto, ai seguenti dimensionamenti:

	Popolazione	Personale	P.Le	Dimessi Ospedali
ASS Giuliano-Isontina	382.134	3.287	446	18.896
ASS Friulana	541.485	4.493	834	35.119
ASS Friuli Occidentale	315.309	988		
AOU Trieste		2.986	875	27.476
AOU Udine (con Gervasutta)		4.247	1.212	44.238
AO Pordenone		2.768	861	37.227
IRCCS Burlo		743	175	11.072
IRCCS CRO		662	150	9.304

Assetto organizzativo degli enti del SSR

Dal punto di vista organizzativo il DDL interviene sui seguenti aspetti:

- la dimensione del Distretto, superiore ai 100.000 abitanti ad esclusione delle realtà montane con particolare dispersione della popolazione, e la sua tendenziale corrispondenza territoriale con uno o più ambiti del Servizio sociale dei Comuni.
- l'unicità del Presidio Ospedaliero Aziendale che ricomprende tutti gli stabilimenti ospedalieri presenti nell'ambito territoriale dell'Azienda anche ai fini di favorire processi di accentramento della gestione sanitaria (farmaceutica, laboratoristica, controlli di qualità, risk management, ecc.) e della gestione non caratteristica (logistica ed edilizia, approvvigionamenti, servizi amministrativi e di supporto) per perseguire economie di scala.

Impatto sul sistema normativo

Il presente disegno di legge non necessita di procedere alla modifica del sistema normativo regionale esistente in quanto la normativa che disciplina gli enti del SSR trova applicazione anche con riferimento ad un sistema istituzionale e organizzativo diverso da quello attuale.

In ogni caso, per l'esigenza di una più agevole lettura, reperimento e, quindi, conoscibilità delle fonti normative si avvierà, in futuro, un'opera di manutenzione delle leggi regionali disciplinanti il SSR, al fine di adeguare la terminologia anche al nuovo assetto istituzionale nonché al fine di abrogare espressamente le disposizioni ormai disapplicate o abrogate implicitamente.

Si confida nel voto favorevole di codesto Consiglio regionale.

X LEGISLATURA – DISEGNO DI LEGGE N. 216

<<Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale>>

Art. 1

(Oggetto)

1. La presente legge, ai sensi dell'articolo 5, primo comma, n. 16, dello Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia e in conformità ai principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), dispone la modifica dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.

Art. 2

(Finalità)

1. L'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale viene ridefinito per:

- a) privilegiare l'integrazione ospedale – territorio;
- b) agevolare l'attivazione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali che assicurino la continuità e la personalizzazione delle cure del paziente;
- c) favorire omogeneità organizzativa e di offerta di servizi sul territorio regionale e uniformità nei livelli di assistenza forniti ai cittadini;
- d) semplificare il sistema istituzionale e organizzativo esistente;
- e) garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario e la razionalizzazione nell'uso delle risorse.

Art. 3

(Enti del Servizio sanitario regionale)

1. La nuova organizzazione del Servizio sanitario regionale è costituita dalle Aziende per i servizi sanitari di cui all'articolo 4, nonché:

- a) dalle Aziende ospedaliero – universitarie di Trieste e di Udine;
- b) dall'Azienda ospedaliera di Pordenone;
- c) dagli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste e "Centro di riferimento oncologico" di Aviano.

Art. 4

(Assetto delle nuove aziende per i servizi sanitari e dei presidi ospedalieri)

1. Sono Aziende per i servizi sanitari:
 - a) l'Azienda per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" avente quale ambito territoriale le province di Trieste e di Gorizia, istituita mediante l'accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 1 "Triestina" e n. 2 "Isontina", che sono contestualmente soppresse;
 - b) l'Azienda per i servizi sanitari "Friulana" avente quale ambito territoriale la provincia di Udine, istituita mediante l'accorpamento delle Aziende per i servizi sanitari n. 3 "Alto Friuli", n. 4 "Medio Friuli" e n. 5 "Bassa Friulana", che sono contestualmente soppresse;
 - c) l'Azienda per i servizi sanitari "Friuli Occidentale", avente quale ambito territoriale la provincia di Pordenone.
2. Le nuove Aziende per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" e "Friulana" svolgono le funzioni già esercitate dagli enti del Servizio sanitario regionale incorporati e soppressi e succedono nei rispettivi rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi i rapporti di lavoro, di consulenza e di collaborazione coordinata e continuativa.
3. Le nuove Aziende per i servizi sanitari "Giuliano Isontina" e "Friulana" succedono nella titolarità del patrimonio degli enti del Servizio sanitario regionale incorporati e soppressi.
4. Tutti gli ospedali presenti nell'ambito territoriale delle Aziende per i servizi sanitari di cui al comma 1, lettere a) e b), costituiscono, a decorrere dalla data di cui all'articolo 7, un unico presidio ospedaliero, costituente un'unica struttura operativa aziendale.
5. Il Presidio ospedaliero denominato "Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta" di Udine, è trasferito dall'Azienda per i servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" all'Azienda ospedaliero – universitaria di Udine ed è dotato di autonomia economico – finanziaria e gestionale mediante l'attribuzione, da parte del competente direttore generale, di uno specifico budget determinato tenendo conto dell'attività da espletare.
6. L'Azienda ospedaliero – universitaria di Udine succede nei rapporti giuridici attivi e passivi inerenti il presidio di cui al comma 5, ivi compresi i rapporti di lavoro, di consulenza e di collaborazione coordinata e continuativa.

Art. 5

(Ridefinizione dell'organizzazione distrettuale)

1. I direttori generali delle Aziende per i servizi sanitari ridefiniscono, entro il 31 dicembre 2014 e con effetto dall'1 gennaio dell'anno successivo, previo parere delle Province e dei Comuni da esprimersi entro trenta giorni, l'ambito territoriale dei distretti sulla base dei criteri di cui all'articolo 21 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12 (Disciplina dell'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio sanitario regionale ed altre disposizioni in materia sanitaria e sullo stato giuridico del personale regionale), come modificato dal comma 2.

2. Il comma 3 dell'articolo 21 della legge regionale 12/1994 è sostituito dal seguente:

<<3. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito secondo i seguenti criteri:

- a) la popolazione del distretto deve essere superiore a 100.000 abitanti;
- b) corrispondenza del territorio del distretto con uno o più ambiti del Servizio sociale dei comuni.>>.

3. Al comma 4 dell'articolo 21 della legge regionale 12/1994 la parola <<intercomunale>> è soppressa.

4. Sono abrogati i commi 5 e 6 dell'articolo 21 della legge regionale 12/1994.

Art. 6

(Atto aziendale)

1. Entro i sei mesi successivi alla data di cui all'articolo 7 i direttori generali delle nuove Aziende per i servizi sanitari di cui all'articolo 4 ne definiscono l'organizzazione e il funzionamento mediante l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

2. Entro i sei mesi successivi alla data di cui all'articolo 7 il direttore generale dell'Azienda ospedaliero – universitaria di Udine, con riferimento a quanto previsto dall'articolo 4, comma 5, adotta l'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992.

X LEGISLATURA – DISEGNO DI LEGGE N. 216

<<Riordino istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale>>

Art. 7

(Costituzione dei nuovi enti)

1. La costituzione delle nuove Aziende per i servizi sanitari di cui all'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), la soppressione degli enti incorporati in esse, nonché il trasferimento del Presidio ospedaliero denominato "Istituto di medicina fisica e riabilitazione Gervasutta" di Udine, sono disposti con decreto del Presidente della Regione, previa deliberazione della Giunta regionale, entro il 31 dicembre 2013, con effetto a decorrere dall'1 gennaio dell'anno successivo.

2. In attuazione dell'articolo 5 del decreto legislativo 502/1992 costituiscono titoli per la trascrizione nei pubblici registri mobiliari e immobiliari i decreti del Presidente della Regione, da adottarsi previa deliberazione della Giunta regionale, di cui al comma 1.

Art. 8

(Norme finali)

1. A decorrere dall'1 gennaio 2014 decadono dall'incarico i direttori generali, i direttori amministrativi e sanitari, i coordinatori sociosanitari, i titolari degli ulteriori incarichi la cui durata è connessa all'incarico del direttore generale, nonché cessano i collegi sindacali e gli ulteriori organi e organismi degli enti soppressi.

2. Ai direttori generali che decadono dall'incarico ai quali, a decorrere dall'1 gennaio 2014, non venga conferito altro incarico di direttore generale degli enti del Servizio sanitario regionale, viene corrisposto il compenso onnicomprensivo dovuto in caso di cessazione anticipata dell'incarico.

3. Entro il termine massimo del 31 ottobre 2013 i direttori generali delle Aziende per i servizi sanitari nn. 1, 2, 3, 4 e 5 trasmettono alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria e politiche sociali la ricognizione del patrimonio, delle strutture aziendali e degli incarichi dirigenziali.

TESTI NOTIZIALI

Nota all'articolo 1

- Il testo dell'articolo 5 della legge costituzionale 31 gennaio 1963, n. 1, è il seguente.

5. Con l'osservanza dei limiti generali indicati nell'articolo 4 ed in armonia con i principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato nelle singole materie, la Regione ha potestà legislativa nelle seguenti materie:

- 2) disciplina del referendum previsto negli artt. 7 e 33;
- 3) istituzione di tributi regionali prevista nell'art. 51;
- 4) disciplina dei controlli previsti nell'articolo 60;
- 5) [ordinamento e circoscrizione dei Comuni];
- 6) istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;
- 7) disciplina dei servizi pubblici di interesse regionale ed assunzione di tali servizi;
- 8) ordinamento delle Casse di risparmio, delle Casse rurali; degli Enti aventi carattere locale o regionale per i finanziamenti delle attività economiche nella Regione;
- 9) istituzione e ordinamento di Enti di carattere locale o regionale per lo studio di programmi di sviluppo economico;
- 10) miniere, cave e torbiere;
- 11) espropriazione per pubblica utilità non riguardanti opere a carico dello Stato;
- 12) linee marittime di cabotaggio tra gli scali della Regione;
- 13) polizia locale, urbana e rurale;
- 14) utilizzazione delle acque pubbliche, escluse le grandi derivazioni; opere idrauliche di 4^a e 5^a categoria;
- 15) istruzione artigiana e professionale successiva alla scuola obbligatoria; assistenza scolastica;
- 16) igiene e sanità, assistenza sanitaria ed ospedaliera, nonché il recupero dei minorati fisici e mentali;
- 17) cooperazione, compresa la vigilanza sulle cooperative;

- 18) edilizia popolare;
- 19) toponomastica;
- 20) servizi antincendi;
- 21) annona;
- 22) opere di prevenzione e soccorso per calamità naturali.

Nota all'articolo 5

- Il testo dell'articolo 21 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12, è il seguente:

Art. 21

Distretto

1. Il distretto e' la struttura operativa mediante la quale l'Azienda per i servizi sanitari assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.

2. Il distretto e' centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Azienda per i servizi sanitari, sede di integrazione dei servizi sanitari con quelli socio-assistenziali del territorio e può operare in modo coordinato con strutture private e di volontariato che offrano servizi sanitari e socio-assistenziali. A tal fine il suo ambito deve coincidere con quello del servizio sociale di base di cui all'articolo 19 della legge regionale 19 maggio 1988, n. 33 e successive modifiche ed integrazioni. Il distretto costituisce altresì la struttura idonea in cui si concretizza il rapporto con le associazioni di volontariato del territorio.

3. L'ambito territoriale di ciascun distretto e' definito secondo i seguenti criteri:

a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno quarantamila abitanti;

b) coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali o di uno o più comuni.

All'ambito territoriale del distretto di area urbana possono essere aggregati piccoli comuni limitrofi per motivate ragioni di opportunità, legate alla presenza di vincoli o potenzialità socio-economiche, di viabilità e consolidata mobilità della popolazione.

4. E' consentita deroga al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili in:

a) realtà montane o rurali con particolare dispersione della popolazione;

b) eccezionali e motivate esigenze organizzative anche legate all'afflusso turistico stagionale.

5. Sulla base dei criteri di cui ai commi 3 e 4 il Direttore generale di ciascuna Azienda per i servizi sanitari, entro centoventi giorni dall'attivazione della medesima, individua gli ambiti territoriali dei distretti, previo parere della Provincia e dei Comuni, da esprimersi entro trenta giorni, e trasmette il provvedimento all'approvazione della Giunta regionale.

6. Gli ambiti definiti ai sensi dei commi 3, 4 e 5 sostituiscono quelli determinati con il progetto obiettivo << Servizio sociale di base >> approvato dalla Giunta regionale in attuazione dell'articolo 22 della legge regionale 19 maggio 1988 n. 33 e successive modificazioni ed integrazioni. I Comuni interessati adeguano alla nuova articolazione territoriale le preesistenti convenzioni e modalità organizzative.

7. Il distretto, attraverso i propri operatori ed in particolare i medici ed i pediatri di base, analizza la domanda ed orienta la stessa garantendo continuità terapeutica, indipendentemente dai diversi luoghi di trattamento.

8. Il distretto assicura altresì il governo delle prescrizioni in materia di assistenza ospedaliera, assistenza extra ospedaliera, assistenza specialistica, assistenza protesica e termale, fungendo da centro ordinatore di spesa. Le relative prestazioni vengono erogate in parte direttamente ed in parte da altre strutture, istituzioni e professionisti accreditati, in base a protocolli operativi emanati dal Direttore generale.

8 bis. Le modalità organizzative del distretto e la localizzazione dei presidi e dei servizi sono effettuate con il Programma delle attività territoriali.

8 ter. Il distretto e' caratterizzato da autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria e da contabilità separata.

9. Il Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari, sentiti l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale, secondo il disposto di cui all'articolo 40 della legge regionale 49/1996 e successive modifiche, il Direttore sanitario, il Direttore amministrativo e il Coordinatore sociosanitario, nei casi in cui e' previsto che questi faccia parte della Direzione generale, nomina con provvedimento motivato il Direttore del distretto, individuandolo preferibilmente fra il personale dirigente dell'Azienda per i servizi sanitari medesima ovvero tra quello dirigente del servizio sociale dei Comuni. Il Direttore del distretto può essere altresì individuato tra i medici convenzionati da almeno dieci anni ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 502/1992, come da ultimo modificato dall'articolo 6 del decreto legislativo 254/2000. E' fatta salva la possibilità di ricorso al rapporto di lavoro di diritto privato di cui all'articolo 14, comma 5.

10. Il Direttore del distretto attua le indicazioni della Direzione aziendale, rispondendone al Direttore generale, gestisce le risorse umane e finanziarie assegnate, operando con l'obiettivo di garantire alla popolazione l'ottimale accessibilità alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra questi e la continuità assistenziale; compito del Direttore di distretto e'

altresì quello di supportare la Direzione generale nei rapporti con i sindaci del distretto. Il medesimo Direttore non può essere preposto a più di un distretto nell'ambito dell'Azienda per i servizi sanitari.

10 bis. Il Direttore del distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto dai responsabili delle unità operative, dai rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali, nonché da un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

11. (ABROGATO)

Nota all'articolo 6

- Il testo dell'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 è il seguente:

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:

a) [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];

b) [l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti];

c) [i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali];

d) [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];

e) [le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali];

f) [il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) 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;

2) 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];

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al *D.Lgs. 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, D.Lgs. 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 D.L. 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]. [Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità]. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. [Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età]. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. [Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale]. [In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il

Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità]. [Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari].

7. [Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale]. [Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6]. [Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati]. [Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato]. Il direttore sanitario è un medico [in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17] che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale [e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza]. [Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo]. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. [Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto].

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. [Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'*art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270*].

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

a) 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;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) 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 L. 3 agosto 1988, n. 327*, e dall'*art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55*;

d) 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. [Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali]. [Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi]. [I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'*art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88*]. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il

direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. [Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed assestamento]. [Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale]. [I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo].

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.

Nota all'articolo 7

- Il testo dell'articolo 5 del decreto legislativo 502/1992 è il seguente:

5. Patrimonio e contabilità.

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

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

indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'articolo 828, secondo comma, del codice civile.

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

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

5. Qualora non vi abbiano già provveduto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni emanano norme per la gestione economico finanziaria e patrimoniale delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, informate ai principi di cui al codice civile, così come integrato e modificato con *D.Lgs. 9 aprile 1991, n. 127*, e prevedendo:

a) la tenuta del libro delle deliberazioni del direttore generale;

b) l'adozione del bilancio economico pluriennale di previsione nonché del bilancio preventivo economico annuale relativo all'esercizio successivo;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo e le modalità di copertura degli eventuali disavanzi di esercizio;

d) la tenuta di una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati;

e) l'obbligo delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di rendere pubblici, annualmente, i risultati delle proprie analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centri di costo e responsabilità;

f) il piano di valorizzazione del patrimonio immobiliare anche attraverso eventuali dismissioni e conferimenti.

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

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