

Proposta DDL (Bozza del 28 maggio 2012)

Ordinamento del servizio sanitario regionale

TITOLO PRIMO

Principi, finalità e soggetti del servizio sanitario regionale

Art. 1

Oggetto e principi

1. La presente legge disciplina l'ordinamento del Servizio sanitario regionale costituito dal complesso di funzioni, attività e strutture che, in coerenza con quanto previsto dall'art. 32 della Costituzione, con i principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ed in attuazione dell'art. 13 dello Statuto della Regione Umbria, è volto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e della comunità.

2. Costituiscono obiettivi del Servizio sanitario regionale la promozione della salute, la prevenzione, la cura e la riabilitazione, al fine di assicurare ai cittadini i livelli uniformi ed essenziali di tutela della salute e assistenza sanitaria indicati dalla programmazione nazionale, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria indicati dalla programmazione regionale anche in rapporto alle risorse a tali fini messe a disposizione.

3. Nell'organizzazione e nel funzionamento, il Servizio sanitario regionale si informa al principio della centralità della persona e della comunità e della valorizzazione del ruolo e responsabilità degli operatori sanitari per la promozione della qualità.

A questo fine privilegia i modelli organizzativi che favorendo lo sviluppo delle reti anche con altre istituzioni contribuiscono allo sviluppo dei livelli di salute, e garantiscono la continuità della presa in carico del bisogno di cura individuale attraverso il coordinamento dei servizi, la costituzione di reti interstrutturali e interaziendali, l'integrazione socio sanitaria.

4. Il Servizio sanitario regionale opera al fine di garantire agli assistiti la piena eguaglianza nel godimento delle prestazioni che realizzano il diritto alla salute.

5. Il Servizio sanitario regionale appartiene alla comunità e le strutture che ne fanno parte operano garantendo forme di partecipazione degli utenti e delle loro organizzazioni alla definizione delle prestazioni che realizzano il loro diritto alla salute, assicurando momenti di partecipazione in particolare nelle fasi di programmazione e valutazione dei servizi.

Art. 2

Assetto istituzionale

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale la Regione Umbria e i Comuni.

2. Alla determinazione ed al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono le Province dell'Umbria, la Università e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche di cui alla legge regionale 19 febbraio 1997 n. 5, nonché gli enti sanitari e assistenziali pubblici e organismi privati accreditati operanti nel territorio regionale.

3. I compiti di gestione dei servizi sanitari sono esercitati dalle aziende sanitarie regionali distinte in unità sanitarie locali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliero-universitarie.

Art. 3

Regione

1. Spettano alla Regione le funzioni di programmazione, di indirizzo, di coordinamento, di controllo, di monitoraggio e di verifica e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché la ripartizione delle risorse e le altre funzioni ad essa demandate dalla legge dello Stato.
2. La Regione definisce modalità e criteri atti a regolare la produzione e la erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.
3. Il Consiglio regionale approva con atto amministrativo il piano sanitario regionale quale strumento principale della programmazione e gli altri atti di indirizzo programmatico generale.
4. La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, assume direttive vincolanti per le aziende sanitarie regionali informandone contestualmente il Consiglio regionale.
5. La Giunta regionale, anche attraverso le reti cliniche e sanitarie fornisce alle aziende sanitarie regionali supporti tecnico-scientifici sotto forma di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale finalizzate anche al perseguimento della appropriatezza.
6. La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione, ai controlli interni ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.
7. La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante l'osservatorio epidemiologico di cui all'articolo 44 della presente legge.
8. La Giunta regionale verifica lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle aziende sanitarie regionali, in base alla relazione di cui all'articolo 41 trasmessa dai direttori generali.
9. La Giunta regionale, al fine della verifica di cui al comma 8, acquisisce il parere della conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale di cui all'articolo 6.

Art. 4

Comune.

1. Il Comune partecipa alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario concorrendo alla programmazione sanitaria regionale.
2. Il Comune in particolare tutela i cittadini nel loro diritto alla promozione ed alla difesa della salute e svolge le funzioni relative alla tutela dell'ambiente di vita avvalendosi dei servizi dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all'articolo 32 della presente legge e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente di cui alla legge 21 gennaio 1994, n. 61 .
3. Il Comune, può altresì presentare alle unità sanitarie locali osservazioni e proposte per la salvaguardia dei diritti e della dignità dei propri cittadini nonché per il miglioramento delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e contribuisce al perseguimento di obiettivi di integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari.
4. I Comuni, previa verifica di compatibilità con la programmazione da parte della Giunta regionale, possono concordare con le unità sanitarie locali forme di assistenza sanitaria che integrino i livelli stabiliti dalla Regione, purché i relativi costi siano sostenuti interamente dai Comuni stessi.

5. Gli accordi non possono prevedere il ricorso agli strumenti di cui al comma 4 dell'articolo 14 del decreto-legge 16 maggio 1994, n. 299 convertito con modificazioni in legge 19 luglio 1994, n. 451.

Art. 5

Conferenza dei sindaci

1. In ciascuna delle Unità sanitarie locali di cui all'art 9 è costituita la Conferenza dei sindaci, organo di rappresentanza dei Comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza.

2. La Conferenza approva, entro sessanta giorni dall'insediamento, il regolamento per il proprio funzionamento recante anche la disciplina per la nomina del presidente e del consiglio di rappresentanza, composto da **sei** membri e dal presidente medesimo. Nel consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due Comuni con maggior numero di abitanti. Il regolamento stabilisce i criteri di rappresentanza in relazione alla rispettiva consistenza demografica-

3 La Conferenza, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, garantisce la concertazione e la cooperazione tra l'unità sanitaria locale e gli enti locali. A tal fine contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle unità sanitarie locali nonché a definire la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

4. La Conferenza esercita le seguenti attribuzioni:

- a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica delle attività delle unità sanitarie locali;
- b) esprime parere sui progetti relativi al documento di programmazione, al bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico dell'unità sanitaria locale di riferimento. Il parere è rilasciato entro 15 giorni;
- c) esercita l'intesa con il Direttore generale della unità sanitaria locale per la nomina del coordinatore sociale;
- d) verifica l'andamento generale dell'attività dell'unità sanitaria locale esprimendo parere sulla relazione di cui all'articolo 41 e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie proposte al direttore generale e alla Regione;
- e) esprime parere sul piano attuativo della unità sanitaria locale
- f) esercita l'intesa prevista al comma 3 dell'art. 28 , sulla definizione dell'articolazione del territorio afferente all'unità sanitaria locale in distretti sanitari;
- g) esprime alla Giunta regionale pareri in merito all'efficacia ed efficienza dei servizi e formula proposte al fine della valutazione dei direttori generali dell'unità sanitaria locale;
- h) esprime parere sul progetto di piano sanitario regionale;
- i) nomina un componente del collegio sindacale dell'unità sanitaria locale;
- l) esprime alla Giunta regionale parere sulla proposta in ordine alla localizzazione della sede legale dell'unità sanitaria locale.

Art. 6

Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale già istituita con legge regionale 27 marzo 2000 n. 29 *"Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419»*,

d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", è disciplinata con il presente articolo.

2. La Conferenza permanente è costituita come sezione del Consiglio delle Autonomie locali, di cui alla legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20 "*Disciplina del Consiglio delle Autonomie locali*"; sono membri di diritto i Presidenti delle Province, i Sindaci delle città sede delle aziende ospedaliere ed i Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle unità sanitarie locali.

3. La Conferenza, che ha sede presso il Consiglio delle Autonomie locali, elegge nel proprio seno, nella seduta di insediamento il Presidente, con le modalità previste dal regolamento del Consiglio delle Autonomie locali.

4. La Regione assicura le funzioni di supporto mettendo a disposizione del Consiglio delle Autonomie locali le risorse necessarie.

5. La Conferenza esprime pareri nei confronti della Giunta regionale:

a) sul progetto di piano sanitario, sui disegni di legge e sulla proposta di regolamento in materia sanitaria;

b) sugli schemi di atti relativi all'integrazione socio-sanitaria;

c) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi delle Aziende ospedaliere e dei piani attuativi locali delle unità sanitarie locali.

6. Sono attribuite alla Conferenza, limitatamente alle aziende ospedaliere le funzioni di cui alle lettere a), b), d), g) e h) del comma 4 dell'art. 5.

Art. 7 Provincia.

1. La Provincia concorre a realizzare gli obiettivi del Servizio sanitario regionale partecipando alla definizione del piano sanitario regionale e coordinando le proprie funzioni in materia di prevenzione ambientale con quelle delle unità sanitarie locali e dei comuni. In particolare la provincia esercita le proprie competenze ai sensi della legge 21 gennaio 1994, n. 61 .

Art. 8 Università

1. L'Università partecipa al processo di programmazione sanitaria nel rispetto dei principi stabiliti dal Protocollo di Intesa con la Regione, ai sensi della normativa vigente.

2. La Regione elabora protocolli d'intesa con l'Università, per la regolamentazione dell'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e, contestualmente, dell'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.

3. Per la predisposizione dei protocolli di intesa è costituita un'apposita commissione paritetica con funzione di supporto tecnico, nominata dalla Giunta regionale su designazione degli enti interessati.

4. La Regione e l'Università possono, mediante accordi di collaborazione, disciplinare lo svolgimento di attività di comune interesse erogate dal servizio sanitario regionale.

Art. 9
Istituzione delle Unità sanitarie locali.

1. In ciascuno degli ambiti territoriali individuati nella tabella allegata alla presente legge è istituita una Unità sanitaria locale.
2. La sede legale delle unità sanitarie locali è stabilita dalla Giunta regionale acquisito il parere della competente Conferenza dei sindaci da formularsi nella prima seduta utile della stessa; in caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.
3. Le unità sanitarie locali di cui al comma 1 sono costituite in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed imprenditoriale.
4. L'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 13 della presente legge.

Art. 10
Principi di organizzazione delle unità sanitarie locali

1. Le aziende unità sanitarie locali, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza, attenendosi ai seguenti principi:
 - a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, ai fini della efficienza operativa;
 - b) articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel piano sanitario regionale, sulla base dei livelli essenziali d'assistenza;
 - c) strutturazione in forma dipartimentale, per aree omogenee, sulla base delle previsioni della presente legge e della programmazione regionale;
 - d) istituzione del servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico come supporto funzionale alle attività di assistenza su base dipartimentale, dotato di autonomia tecnico-organizzativa;
 - e) decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti e le strutture complesse al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto dei professionisti ai processi organizzativi e operativi.
2. Ciascuna unità sanitaria locale esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 13 della presente legge.

Art. 11
Aziende ospedaliere

1. Gli ospedali costituiti in Azienda hanno personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.
2. Sono aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale di rilievo nazionale di alta specialità: l'Azienda Ospedaliera S. Maria della Misericordia di Perugia e l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.
3. Le Aziende ospedaliere, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza, attenendosi ai seguenti principi:
 - a) strutturazione in forma dipartimentale, per aree omogenee, sulla base delle previsioni della programmazione regionale;
 - b) istituzione del servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo ed ostetrico come supporto funzionale alle attività di assistenza su base dipartimentale, dotato di autonomia tecnico-organizzativa;

c) decentramento decisionale verso i dipartimenti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto dei professionisti ai processi organizzativi e operativi;

4. Ciascuna azienda ospedaliera esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 13 della presente legge.

Art. 12

Aziende ospedaliero – universitarie

1. La completa integrazione tra l'attività didattica e di ricerca delle facoltà di medicina e chirurgia e l'attività assistenziale si persegue con il modello organizzativo e funzionale dell'Azienda ospedaliero-universitaria ed è regolato da apposito protocollo d'intesa tra Regione ed Università.

Art. 13

Atto aziendale

1. Ciascuna azienda sanitaria regionale esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato, con il quale disciplina gli elementi fondamentali di funzionamento dell'azienda. Sono comunque contenuti nell'atto aziendale:

a) la individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica e le competenze dei relativi responsabili. L'atto aziendale attribuisce ai responsabili delle diverse strutture in cui si articola l'azienda poteri gestionali e competenze decisionali; l'incarico di direzione di struttura vale anche come delega per il loro esercizio;

b) individuazione dei distretti quale articolazione territoriale e organizzativa dell'azienda unità sanitaria locale;

c) le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti e delle strutture secondo quanto previsto all'articolo 27 comma 6 della presente legge;

d) le modalità ed i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi e per la verifica dei risultati;

e) le modalità di partecipazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta alla gestione e programmazione aziendale dei servizi sanitari;

f) la disciplina dell'attribuzione ai dirigenti di cui al comma 1 dell'art. 15-bis del decreto legislativo n. 502/1992 dei compiti per l'attuazione degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, entro i limiti economici e secondo le modalità operative definite in sede di assegnazione degli obiettivi stessi;

g) le modalità ed i criteri per l'attribuzione degli incarichi di cui al comma 4, dell'art. 15 decreto legislativo n. 502/1992, nonché per la verifica di risultato, secondo quanto previsto all'art. 15-ter del decreto stesso;

2. L'atto aziendale e le sue modifiche ed integrazioni sono adottati dal direttore generale sulla base della programmazione nazionale e regionale ed in conformità con i principi ed i criteri di cui alla presente legge, sentito il Collegio di direzione di cui all'articolo 24 acquisito il parere del consiglio dei sanitari e trasmessi alla Giunta regionale per la valutazione di congruità ai sensi e per gli effetti dell'art. 52 della presente legge; decorsi 40 giorni dal ricevimento dell'atto, la verifica si intende conclusa con esito positivo.

3. L'atto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie, tiene conto, inoltre, di quanto disciplinato dal protocollo d'intesa tra Regione ed Università e viene adottato dal direttore

generale d'intesa con il Rettore della Università, secondo quanto previsto dai commi 2 e 3 dell'art. 3 del d.lgs. n. 517/1999.

4. A seguito dell'adozione dell'atto aziendale i direttori generali provvedono ad adeguare allo stesso i contenuti del regolamento aziendale, previsto all'art. 16 comma 2 lett. f della presente legge.

TITOLO SECONDO

Organi ed organismi delle aziende sanitarie regionali

Capo I

Art. 14

Organi delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere

1. Sono organi delle aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere:

- a) Il direttore generale;
- b) Il Collegio sindacale.

Art. 15

Organi delle Aziende ospedaliero - universitarie

1. Sono organi delle aziende ospedaliero-universitarie:

- a) Il direttore generale;
- b) Il collegio sindacale;
- c) l'Organo di indirizzo.

Art. 16

Direttore generale: poteri e competenze

1. Il direttore generale ha la rappresentanza dell'azienda ed è responsabile della sua gestione complessiva. Al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione da esso diretta attribuisce tramite l'atto aziendale i poteri di gestione ad esso riconosciuti dalla legge ai diversi livelli gestionali. Il direttore con le proprie scelte di organizzazione assicura una adeguata distribuzione delle potestà decisionali e mantiene presso la direzione aziendale essenzialmente le funzioni di programmazione, di gestione strategica e di decisione generale.

2. Sono comunque riservati al direttore generale i seguenti atti:

- a) la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- b) la nomina, ove ricorrano le condizioni previste dall' art. 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, del coordinatore dei servizi sociali;
- c) la nomina di figure dirigenziali altamente qualificate e con funzioni coadiuvanti in relazione ad obiettivi specificamente individuati e la conseguente stipula di contratti di diritto privato;
- d) la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario e delle figure dirigenziali di cui alla lettera c), la sospensione del coordinatore dei servizi sociali; la decadenza di quest'ultimo è disposta d'intesa con la Conferenza dei sindaci;

- e) la nomina dei componenti del Collegio sindacale, fermo restando quanto previsto dall'articolo 5, comma 4, lett. i);
 - f) l'emanazione del regolamento di organizzazione dell'Azienda, sentito, oltre al direttore amministrativo ed al direttore sanitario, il coordinatore dei servizi sociali, ove nominato;
 - g) documento di programmazione di cui all'articolo 3 della l.r. n. 51 del 1995;
 - h) gli atti di bilancio;
 - i) la predisposizione dei piani attuativi per il recepimento della programmazione regionale.
3. Al direttore generale compete la verifica dei rendimenti e dei risultati aziendali, nonché la valutazione dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa.
4. Il direttore generale promuove con azioni positive pari opportunità fra i sessi nell'organizzazione aziendale. Il rapporto sulla situazione del personale previsto dall' articolo 46 del d.l.gs. 11 aprile 2006 n. 198, è redatto almeno ogni due anni e trasmesso, oltreché ai soggetti individuati al comma 2 del suddetto articolo, anche al Presidente della Giunta regionale.
5. Il direttore generale convoca, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi per verificare l'andamento degli stessi e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

Art. 17 **Direttore generale: nomina e rapporto di lavoro**

1. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, in possesso dei requisiti previsti all'articolo 3-bis, comma 3 del D.Lgs. 502/1992, iscritti nell'elenco di cui all'articolo 18.
2. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo.
3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. La durata degli incarichi di direzione generale è di norma la stessa per tutte le aziende sanitarie. Il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V Titolo III del codice civile, secondo uno schema tipo adottato dalla Giunta regionale.
4. Il rilievo di eventuali incompatibilità è contestato, in qualunque momento, dalla Giunta regionale al direttore generale il quale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia alla Giunta stessa; decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il direttore generale è dichiarato decaduto.
5. Prima della scadenza del contratto, la Giunta regionale con delibera motivata contenente la valutazione positiva dell'operato del direttore generale può procedere alla conferma dell'incarico con la stipula di un nuovo contratto nel rispetto di quanto previsto al comma 7, ovvero prorogare per un periodo non superiore a sessanta giorni il contratto in scadenza.
6. Le funzioni di direttore generale non possono essere esercitate per un periodo superiore ai dieci anni.
7. La Giunta regionale può modificare, per motivate esigenze organizzative e gestionali, la sede di assegnazione degli incarichi già conferiti a direttori generali di aziende sanitarie. La mobilità interaziendale non comporta ulteriori variazioni al contratto originario, fatta salva la sede di assegnazione riportata nell'atto di accettazione. La mancata accettazione della variazione di sede comporta la risoluzione del contratto.
9. Il direttore generale, entro diciotto mesi dalla data della nomina, ha l'obbligo di produrre l'attestato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di

organizzazione sanitaria di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. 502/1992, pena la decadenza automatica dall'incarico.

10. Ai fini della nomina del direttore generale delle aziende sanitarie non si applicano le disposizioni di cui alla legge regionale 21 marzo 1995, n. 11 (Disciplina delle nomine di competenza regionale e della proroga degli organi amministrativi).

Art. 18

Elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie

1. La Giunta regionale istituisce, entro il 31 maggio 2012, l'elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie regionali. L'elenco degli idonei è aggiornato ogni due anni ed è pubblicato nel sito internet e nel Bollettino ufficiale della Regione.

2. Ai fini dell'inserimento nell'elenco dei candidati idonei, la Giunta regionale definisce con specifico atto i criteri per la verifica dei requisiti di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. 502/1992 e può prevedere specifici titoli e attestazioni comprovanti una qualificata formazione ed attività professionale di direzione tecnica o amministrativa rispetto all'incarico da ricoprire.

3. La Giunta regionale disciplina con specifico atto i contenuti e i termini degli avvisi pubblici finalizzati all'istituzione e all'aggiornamento dell'elenco di cui al comma 1.

Art. 19

Valutazione dell'attività del direttore generale

1. La Giunta regionale disciplina le modalità e i criteri per la valutazione dell'attività del direttore generale in riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, con cadenza annuale, in termini di efficacia e di efficienza, dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati nel piano sanitario regionale, nel Documento regionale annuale di programmazione e agli altri atti di indirizzo emanati dalla Regione.

2. La Giunta regionale per i procedimenti di cui al presente articolo si avvale del supporto tecnico delle proprie strutture anche attraverso l'istituzione con specifico atto di un apposito organismo di valutazione. La Giunta regionale con l'atto istitutivo stabilisce la composizione ed il funzionamento dell'organismo di valutazione.

3. Le strutture di valutazione di cui al comma 2 provvedono a:

a) svolgere funzioni istruttorie per individuare gli obiettivi di mandato da assegnare ai direttori generali nonché i profili di valutazione degli stessi;

b) predisporre, ai fini delle verifiche annuali e di fine mandato, una relazione istruttoria sui risultati di gestione conseguiti dai direttori generali con riguardo agli obiettivi assegnati.

4. La Giunta regionale ai fini della valutazione dell'attività del direttore generale acquisisce preventivamente i pareri di cui all'articolo 5, comma 4, lett. g). Per le aziende ospedaliere il parere è reso dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale.

5. La Giunta regionale trasmette annualmente al Consiglio regionale una relazione sulla valutazione dell'attività dei direttori generali, unitamente ai pareri di cui al comma 4.

6. All'esito della verifica di cui al presente articolo la Giunta regionale dispone, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del contratto.

Art. 20
Decadenza e revoca del direttore generale

1. La Giunta regionale può dichiarare la decadenza e la revoca del direttore generale. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione del contratto dello stesso.
2. Costituiscono causa di decadenza e revoca oltre a quanto previsto agli articoli 3 e 3-bis del D.Lgs. 502/1992:
 - a) l'insorgenza di un grave disavanzo d'esercizio, tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'azienda;
 - b) il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Regione;
 - c) la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale, allorché gli stessi prevedano espressamente tale sanzione in caso di inadempienza;
 - d) l'esito negativo della valutazione di cui all'articolo 19 della presente legge;
 - e) la mancata rimozione delle incompatibilità di cui all'articolo 17, comma 4 della presente legge;
 - f) la grave violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione o altri gravi motivi anche su segnalazione della Commissione consiliare competente in materia di sanità.
3. La Giunta regionale in caso di decadenza, di revoca del direttore generale o di vacanza dell'ufficio, in via temporanea fino alla data di stipula del contratto del nuovo direttore, attribuisce le funzioni al direttore amministrativo o al direttore sanitario, ovvero procede alla nomina di un commissario straordinario in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente per la nomina a direttore generale.

Art. 21
Direttore generale dell'Azienda ospedaliero - universitaria

1. Alle aziende ospedaliero-universitarie costituite ai sensi dell'articolo 2 del d.lgs. 517/1999 non si applicano le disposizioni di cui agli articoli 18, commi 1 e 2, che disciplinano le modalità di nomina del direttore generale e l'art. 19, commi 1, 4 e 6, della presente legge, riguardanti la valutazione delle attività del direttore generale.
2. Le materie di cui al comma 1 del presente articolo sono regolamentate con protocollo d'intesa tra la Regione e l'Università.

Art. 22
Collegio sindacale

1. Il Collegio sindacale è istituito presso ogni azienda sanitaria regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsti dall'art. 3 ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
2. Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, uno designato dalla Conferenza dei Sindaci, o, nelle aziende ospedaliere, dalla Conferenza Permanente per la programmazione sanitaria ed uno designato dallo Stato.
3. Presso le Aziende ospedaliero-universitarie, di cui alla lett. b) del *comma 2 dell'art. 2 del D.Lgs. 517 del 21 dicembre 1999*, è istituito il Collegio Sindacale con le attribuzioni di cui al comma 3 dell'art. 4 dello stesso decreto legislativo. Il Collegio è composto da tre membri, di cui

uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, uno designato dall'Università degli Studi di Perugia ed uno designato dallo Stato.

4. Per i casi di incompatibilità di ineleggibilità e di decadenza dei componenti il Collegio si applicano le norme contenute negli articoli 2399 e 2404 del codice civile.».

Art. 23 **Organo di indirizzo**

1. L'Organo di indirizzo è composto da cinque membri, nominati con decreto della Presidente della Giunta Regionale, così individuati:

- un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Regione d'intesa con il Rettore dell'Università;
- il Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia interessata, e un altro membro designato dal Rettore dell'Università;
- due membri designati dalla Regione.

2. L'organo di indirizzo è unico per tutte le aziende ospedaliero-universitarie costituite nella Regione.

3. I componenti dell' Organo di indirizzo sono scelti tra persone di notoria e riconosciuta indipendenza, esperte in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari; durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati una sola volta. Non possono far parte dell'Organo di indirizzo né i dipendenti dell'Azienda né i componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Il direttore generale partecipa ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.

4. L'organo di indirizzo determina, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee strategiche e di indirizzo dell'attività delle Aziende ospedaliero-universitarie su base annuale e pluriennale, assicurando la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verificandone la corretta attuazione.

5. L'organo di indirizzo verifica il raggiungimento degli obiettivi di ricerca garantendo, in particolare, il perseguimento coerente e integrato delle finalità assistenziali e di cura, di didattica e di ricerca.

6. L'organo di indirizzo esprime parere preventivo ed obbligatorio:

- a) sugli atti di programmazione aziendale in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;
- b) sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di unità operative complesse e di dipartimenti essenziali per lo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca;
- c) sugli strumenti di programmazione economico finanziaria.

I predetti pareri si intendono favorevoli se non espressi entro trenta giorni dalla richiesta.

7. L'Organo di Indirizzo verifica la corretta attuazione della programmazione regionale e del Protocollo d'Intesa, riferendo trimestralmente alla Regione e all'Università.

8. L'Organo di Indirizzo verifica la corrispondenza delle attività svolte e dei risultati raggiunti dalle Aziende ospedaliero-universitarie rispetto agli indirizzi e agli obiettivi predeterminati. In caso di risultato negativo, l'Organo di Indirizzo riferisce alla Regione e all'Università.

9. Possono partecipare alle sedute dell'organo d'indirizzo il Presidente della Regione ed il Rettore o loro delegati per singole sedute o specifici argomenti all'ordine del giorno.

10. L'Organo di indirizzo si riunisce di norma una volta al mese, si dota di un regolamento interno ed è assistito da una segreteria. Il Presidente convoca l'Organo di Indirizzo, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno. Ai componenti dell'organo di indirizzo non spetta alcun compenso.

CAPO II

Art. 24 Collegio di direzione

1. Presso ogni azienda sanitaria regionale è istituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, con compiti di proposta anche relativi all'appropriatezza dei percorsi diagnostico assistenziali, all'organizzazione e allo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e alla valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

2. Il Collegio di direzione in tali ambiti, in particolare:

a) elabora proposte e concorre con la direzione aziendale alla definizione dell'atto aziendale, dei piani attuativi e dei bilanci;

b) definisce indirizzi per lo sviluppo delle metodologie di governo clinico;

c) propone i programmi di formazione, di ricerca e innovazione che, per quanto riguarda l'azienda ospedaliero-universitaria, sono concordati anche con l'Università;

d) indica soluzioni organizzative per l'attuazione delle attività libero-professionali intramurarie;

e) concorre alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici;

f) supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'Azienda;

g) effettua le nomine di sua competenza dei componenti delle commissioni di concorso o di selezione del personale, ai sensi della vigente normativa in materia.

4. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante la composizione e le modalità di funzionamento del Collegio di direzione prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e amministrativo, di direttori di dipartimento e di presidio tenendo conto delle peculiarità delle Aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

5. L'atto aziendale disciplina:

a) le modalità di funzionamento, la convocazione periodica dell'organo, nonché le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda;

b) la partecipazione all'azione di governo;

c) la formulazione di pareri e proposte.

Art. 25 Consiglio dei sanitari

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle Aziende sanitarie con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario.

2. Il Consiglio dei sanitari esprime parere:

a) sull'atto aziendale, sui piani attuativi aziendali e sul programma annuale di attività dell'Azienda;

b) sulle materie individuate dall'atto aziendale;

c) su richiesta del direttore generale o del direttore sanitario.

3. I pareri di cui al comma 2, lettere a) e b) del presente articolo sono obbligatori.

4. Il Consiglio dei sanitari è tenuto a rendere il parere entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei sanitari.

5. Il Consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.

6. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei sanitari tenendo conto delle peculiarità delle aziende sanitarie regionali.

CAPO III

Art. 26

Direttore amministrativo, direttore sanitario e coordinatore dei servizi sociali

1. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle sue funzioni, i requisiti e le funzioni loro attribuite sono disciplinate dagli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Non possono essere nominati coloro che godano già del trattamento di quiescenza.

2. I rapporti di lavoro del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato.

2. L'incarico di direttore amministrativo delle aziende sanitarie regionali è conferito a soggetti in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento in discipline giuridiche o economiche che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti pubblici o privati o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

3. L'incarico di direttore sanitario delle aziende sanitarie regionali è conferito a un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o sanitaria in enti o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione .

4. Il direttore amministrativo, ai sensi dell'articolo 3-bis comma 9 del D.Lgs. n. 502/1992, ha l'obbligo di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del D.P.R. n. 484/1997 , pena la decadenza automatica dall'incarico. Il direttore sanitario, entro diciotto mesi dalla data della nomina, ha l'obbligo di produrre l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale, ai sensi dell'articolo 1 del D.P.R. n. 484/1997, pena la decadenza automatica dall'incarico.

5. Nella stessa azienda sanitaria regionale non possono comunque coesistere un direttore generale e un direttore amministrativo provenienti entrambi da strutture non a carattere sanitario: uno dei due deve provenire da enti o strutture a carattere sanitario.

6. Per la direzione e il coordinamento delle attività sociosanitarie e sociali di competenza ed ove ricorrano le condizioni previste dall' art. 3, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992, il direttore generale nomina il coordinatore dei servizi sociali. L'incarico di coordinatore dei servizi sociali è attribuito a soggetti che siano in possesso di diploma di laurea in discipline attinenti alle funzioni da svolgere, o che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione in ambito sociale, sociosanitario o sanitario o che abbiano già ricoperto l'incarico e che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età.

TITOLO TERZO

Articolazione ed organizzazione delle Aziende sanitarie regionali

Art. 27

Dipartimenti

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie regionali.
2. Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più unità operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.
3. Le unità operative e le altre strutture organizzative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali unitarie, tempestive e razionali sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico-legale.
4. I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.
5. L'organizzazione dei dipartimenti è caratterizzata:
 - a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore connessa con il loro utilizzo;
 - b) attribuzione al direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
 - c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
 - d) appartenenza delle strutture organizzative ad un unico dipartimento.
6. La Giunta regionale approva direttive vincolanti per fissare i requisiti minimi, i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti.

Art. 28

Distretto.

1. Il Distretto è l'articolazione territoriale ed organizzativa della Unità sanitaria locale, per le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della Unità sanitaria locale e degli enti locali.
2. Il distretto ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione dell'Unità sanitaria locale e di interlocuzione con il sistema del governo locale.
3. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito dal direttore generale dell'Unità sanitaria locale, d'intesa con la Conferenza dei sindaci, in modo che, di norma, ciascun distretto comprenda una popolazione residente non inferiore a cinquantamila abitanti, salvo deroga disposta con deliberazione del Direttore generale, d'intesa con la Conferenza dei sindaci ed approvata dalla Giunta regionale.
4. La Regione promuove la massima integrazione dei servizi sanitari erogati dal distretto e il loro coordinamento e integrazione con gli interventi sociali attraverso la promozione dell'istituzione di "Case della salute" in cui i diversi servizi trovano una sede comune e un luogo di coordinamento funzionale.
5. Il Distretto:
 - a) gestisce e coordina i servizi ubicati nel territorio di competenza, destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, assicura l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione

di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale (oppure l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni);

b) organizza l'accesso dei cittadini alle prestazioni e servizi erogati dalle strutture operative a gestione diretta del distretto, nonché dagli ambulatori e dalle strutture ospedaliere e territoriali accreditate;

c) assicura, anche attraverso i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, un efficace orientamento e controllo della domanda socio-sanitaria e promuove la continuità terapeutica tra i diversi luoghi di trattamento indirizzando e coordinando il ricorso all'assistenza ospedaliera;

d) favorisce e promuove soluzioni organizzative finalizzate al potenziamento delle cure primarie, anche mediante la

valorizzazione delle forme di aggregazioni funzionali e territoriali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, che assicurano la presa in carico della persona e la continuità assistenziale.

6. Il distretto assicura:

a) *le attività ed i servizi per la tutela della salute mentale;*

b) *l'attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;*

c) *l'attività e servizi i per la tutela della salute dell'infanzia, delle donna e della famiglia comprensivi dei servizi consultoriali;*

d) *le attività di cure primarie, comprensive dell'attività specialistica ambulatoriale;*

e) *le attività di riabilitazione territoriale;*

f) le attività socio-sanitarie e socio-assistenziali;

g) *l'attività o servizi per le patologie da HIV ;*

h) *le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale.*

7. Nel distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del Dipartimento di Salute Mentale, del Dipartimento Dipendenze e con riferimento ai servizi alla persona , del Dipartimento di Prevenzione.

8. Al distretto sono attribuite risorse, definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

Art. 29 Direttore di Distretto.

1. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1 del D.Lgs 502/1992, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

2. Il rapporto di lavoro del direttore del distretto è esclusivo. L'atto aziendale definisce le caratteristiche dell'incarico, la durata e i motivi di revoca.

3. Il direttore del distretto, realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore del distretto, propone il P.A.T. di cui all'art.39 della presente legge, supporta la direzione generale nei rapporti con il Comitato dei sindaci di distretto.

4. Il Direttore di Distretto, si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, composto dai Responsabili dei Servizi distrettuali, dai Direttori dei Dipartimenti

territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei Servizi stessi. Sono membri di diritto di tale Ufficio rappresentanti dei Medici di medicina generale, dei Pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto .

5. Il Direttore di Distretto si avvale inoltre di un Responsabile per le Attività Amministrative, di un Responsabile del Servizio Infermieristico e di un Responsabile del Servizio Sociale distrettuale.

Art. 30

Comitato dei sindaci di distretto

1. A livello distrettuale, è istituito il Comitato dei sindaci di distretto. Il Comitato dei sindaci di distretto è composto da tutti i sindaci dei Comuni facenti parte del distretto. Nel caso in cui il distretto coincida con il singolo Comune, le funzioni sono esercitate dal sindaco.

2. Il Comitato dei Sindaci di Distretto ha sede presso il Comune capofila.

3. Il Comitato dei Sindaci di Distretto coinvolge, nell'ambito dei processi di programmazione e pianificazione, le organizzazioni più rappresentative del Terzo Settore e gli altri soggetti che concorrono alla realizzazione del sistema integrato presenti sul territorio, per la formulazione di pareri e proposte.

4. Il Comitato dei Sindaci di Distretto concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal P.A.T., con l'espressione di un parere obbligatorio ma non vincolante sulla Relazione sanitaria aziendale, di cui all'art. 31 limitatamente all'attività distrettuale.

Art. 31

Presidi ospedalieri

1. Gli ospedali che non siano costituiti in aziende ospedaliere, dislocati in una unica unità sanitaria locale sono accorpati in un unico presidio. Il direttore generale può richiedere deroga motivata alla Giunta regionale, che provvede, sentita la Conferenza dei sindaci.

2. Sono comunque costituiti in presidio ospedaliero autonomo gli ospedali sede di Dipartimento per l'emergenza ed urgenza.

3. Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia economico finanziaria, con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale.

4. Al presidio ospedaliero sono preposti un dirigente medico ed un dirigente amministrativo come previsto al comma 9 dell'art. 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, tra i quali il Direttore generale individua il responsabile della gestione complessiva.

Art. 32

Dipartimento di prevenzione

1. Il Dipartimento di Prevenzione, è struttura operativa dell'unità sanitaria locale, che trova collocazione funzionale nel distretto quale macrostruttura organizzativa, eroga le prestazioni proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita dei singoli e della collettività, attraverso interventi che possono superare i confini del settore sanitario e coinvolgere l'intera società civile.

2. Il Dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

3. Il Dipartimento di Prevenzione è costituito dalle seguenti macroaree intese come aree di aggregazione funzionale dei Servizi afferenti a ciascuna di esse:

- Macroarea di Sanità Pubblica;
- Macroarea della Prevenzione nei Luoghi di Lavoro;
- Macroarea della Sanità Pubblica Veterinaria;
- Macroarea della Sicurezza Alimentare.

4. La articolazione in macroaree è integrata dalla presenza di un'area professionale della prevenzione, in seno alla quale confluiscono i tecnici della prevenzione e le assistenti sanitarie.

5. Costituiscono obiettivi della area professionale della prevenzione:

- a) lo sviluppo di autonomia professionale e organizzativa, con piena assunzione di responsabilità rispetto al raggiungimento degli obiettivi negoziati in seno alla programmazione di budget con i responsabili delle quattro macroaree;
- b) il potenziamento dell'integrazione operativa nella attuazione degli obiettivi condivisi;
- c) la responsabilizzazione nella fase di valutazione degli esiti dei processi di prevenzione attivati nel corso dell'anno.

6. Le macroaree di cui al comma 3 del presente articolo hanno il compito di :

- recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati, agibili come risposte articolate a bisogni di salute complessi, non sempre adeguatamente espressi dalla collettività;
- favorire la azione di governance nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgano la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute e la loro mission non deriva semplicemente dalla sommatoria delle competenze dei Servizi che vi confluiscono, ma da una più profonda evoluzione del loro mandato, dettata non solo dalla necessità di potenziare il livello di integrazione già esistente, con conseguente ulteriore riduzione della spesa e miglioramento della qualità delle prestazioni, quanto piuttosto dalla esigenza di rispondere in modo più efficace ai bisogni della collettività e dei singoli.

7. Alla Macroarea Sanità Pubblica afferiscono i seguenti Servizi di :

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
- Servizio Epidemiologia;
- Centro Screening .

8. Alla Macroarea della Prevenzione nei luoghi di lavoro, afferiscono i seguenti Servizi di:

- Servizio di Prevenzione e Sicurezza nei luoghi di lavoro;

9. Alla macroarea Sanità Pubblica Veterinaria afferiscono i Servizi Veterinari di :

- Sanità Animale;
- Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche.

10. Alla macroarea Sicurezza Alimentare, afferiscono i Servizi di:

- Igiene degli Alimenti di Origine Animale;
- Igiene degli Alimenti e della Nutrizione.

Art. 33

Direttore di Dipartimento

1. Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è nominato dal Direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate.

2. Spettano al Direttore del Dipartimento di Prevenzione le seguenti funzioni:

- a) negoziare con la Direzione Aziendale nell'ambito della programmazione di budget le risorse necessarie alla realizzazione degli obiettivi di salute da raggiungere e/o consolidare, con particolare attenzione allo sviluppo di processi integrati;
- b) garantire la corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, anche attraverso il piano delle azioni integrate, negoziato con i coordinatori delle quattro macroaree;
- c) rappresentare il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale;
- d) promuovere l'attuazione di percorsi di qualità, sia in seno ai singoli Servizi che nelle macroaree anche attraverso lo sviluppo e il mantenimento di adeguati percorsi formativi;
- e) assicurare il monitoraggio delle attività negoziate anche attraverso la manutenzione costante dei sistemi informativi attivi su scala regionale;
- f) garantire l'integrazione del Dipartimento con le altre macrostrutture aziendali nonché con gli stakeholder di riferimento, anche attraverso la lettura per la Direzione Aziendale del contesto epidemiologico;
- g) valutare dal punto di vista quantitativo e qualitativo l'attività delle macroaree.

Art. 34

Coordinamento delle macroaree del Dipartimento di Prevenzione.

1. Per ciascuna delle quattro macroaree la Direzione generale dell'Azienda Sanitaria individua un coordinatore, scelto tra i Dirigenti dei Servizi che afferiscono alle stesse.

2. Al coordinatore spettano le seguenti funzioni :

- la definizione di piani di attività integrati in occasione della predisposizione della proposta di budget per il Dipartimento di Prevenzione;
- la negoziazione degli stessi piani di attività con l'area professionale della prevenzione;
- la valutazione dei risultati dei processi integrati al fine di garantire una programmazione inserita in un percorso virtuoso di qualità.

TITOLO QUARTO

Programmazione e gestione del servizio sanitario

Art. 35

Partecipazione alla programmazione

1. Ai sensi dell'articolo 14, del D.Lgs. n. 502/1992, la Regione promuove le più ampie forme di concertazione-partenariato istituzionale e sociale ai fini della predisposizione delle proposte di atti di programmazione regionale.

2. La Giunta regionale, assicura, la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale, mediante il tavolo di concertazione economico-sociale istituito dall'articolo 5 della L.R. 28 febbraio 2000, n. 13 "Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria".

3. Le Aziende sanitarie regionali assicurano la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di

programmazione socio-sanitaria in ambito locale, mediante convocazione della Conferenza dei Servizi .

Art. 36

I livelli e gli strumenti di programmazione

1. La programmazione sanitaria della Regione assicura, in coerenza con i principi di cui al 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) lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale:

- il piano sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione;
- il piano della Prevenzione;

-.....

3. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:

- a) Piani attuativi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 38 della presente legge;
- b) Programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art.3-quater, comma 3 del D.Lgs. n.502/92 e art.4 comma 2 D.P.C.M. 14/02/2001);
- c) il Programma delle attività e degli investimenti inserito nel Documento di programmazione previsto dall'art.3 della legge regionale 19 dicembre 1995, n.51.

4. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione socio-sanitaria regionale:

- a) la relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 40;
- b) la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 41.

Art. 37

Piano sanitario regionale

1. Il piano sanitario regionale, elaborato in coerenza con il Piano sanitario nazionale, è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del Documento annuale di programmazione regionale e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.

2. Il Piano sanitario regionale definisce i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio; contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi di cui all' art. 38 della presente legge.

3. Il Piano di cui al comma 1 del presente articolo, assicura il raccordo con il Piano sociale regionale di cui all'art.8 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26, nonché l'integrazione con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all'art.11 della legge regionale n. 9/2008.

4. Il piano sanitario regionale prevede metodologie e strumentazioni atte a consentire il monitoraggio e la verifica d'attuazione dei programmi e dei progetti ivi contenuti.

5. Lo schema di proposta del Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) è adottato dalla Giunta regionale ai fini dell'acquisizione dei pareri di legge e degli adempimenti di concertazione sociale e istituzionale di cui all'art.5 della L.R. 28 febbraio 2000, n. 13 "*Disciplina generale*

della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria".

6. Lo schema di proposta del PSR di cui al comma 5 è inviato al Ministero della Salute, ai sensi dell'art.1, comma 14 del D.Lgs. n. 502/1992, per acquisire il parere per quanto attiene la coerenza dello stesso con gli indirizzi del Piano sanitario regionale.

7. Lo schema di proposta del P.S.R. di cui al comma 5, è altresì inviato alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale, alle Province, alle Conferenze dei sindaci e all'Università degli studi di Perugia, i quali trasmettono il loro parere entro trenta giorni, trascorsi inutilmente i quali la Giunta regionale può procedere indipendentemente dall'acquisizione dei pareri mancanti.

8. Lo schema di proposta del P.S.R. di cui al comma 5, è sottoposto dalla Giunta regionale, all'esame del tavolo di concertazione economico-sociale istituito dall'articolo 5 della L.R. n.13/2000 e all'esame del Consiglio delle autonomie locali. Gli organismi suddetti esercitano le loro funzioni entro 45 giorni dalla presentazione dello schema di PSR.

9. Entro trenta giorni dalla trasmissione dell'ultimo dei pareri di cui ai commi 6, 7 e 8, la Giunta regionale adotta la proposta di Piano sanitario regionale, da trasmettere al Consiglio regionale corredata dai pareri espressi dal Ministero della Salute, dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale, dalle Province, dalle Conferenze dei sindaci e dall'Università degli studi di Perugia, nonché dei documenti e pareri che scaturiscono dalla concertazione.

10. Il Consiglio regionale approva il piano sanitario regionale con propria deliberazione. L'aggiornamento del Piano sanitario regionale, avviene, di norma, con il Documento Annuale di Programmazione regionale e con il collegato alla legge finanziaria regionale.

11. Fino all'approvazione del nuovo piano sanitario regionale vigono le disposizioni del piano precedente.

Art. 38 Piano attuativo.

1. Il piano attuativo è strumento di pianificazione mediante il quale le Aziende sanitarie regionali regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di programmazione regionale.

2. Il piano attuativo definisce, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli essenziali di assistenza da assicurare, la programmazione delle attività da svolgere attribuendole alle proprie strutture. Individua inoltre le modalità operative ed organizzative per il perseguimento degli obiettivi stessi.

3. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria, sulla base delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria e degli indirizzi impartiti dalle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 5 e della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio - sanitaria regionale di cui all'articolo 6 della presente legge, previo confronto con i soggetti di cui all'articolo 35 comma 3 della presente legge, elabora con il supporto del Collegio di direzione di cui all'art. 24 della presente legge, il progetto di Piano attuativo che viene sottoposto al parere del Consiglio dei sanitari di cui all'art.25 della presente legge, che formula indicazioni e proposte. Il progetto di Piano attuativo, rielaborato tenendo conto delle indicazioni espresse, viene adottato dal Direttore generale e trasmesso, per acquisirne il parere, rispettivamente alla Conferenza dei sindaci per le Aziende Unità sanitarie Locali e alla Conferenza permanente per le Aziende Ospedaliere.

4. Il piano attuativo ha la durata del piano sanitario regionale e viene aggiornato annualmente per scorrimento.

5. Il piano attuativo si realizza e aggiorna, attraverso programmi annuali di attività e progetti operativi dove vanno definiti gli standard quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica, attribuendo le risorse necessarie mediante all'adozione delle metodiche di budget.

6. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato, corredato del parere della Conferenza dei sindaci per le aziende unità sanitarie locali o della Conferenza permanente per le aziende ospedaliere, alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale.

7. Il Piano attuativo locale acquista efficacia dopo l'approvazione della Giunta regionale.

8. In caso di valutazione di congruità negativa il direttore generale predispose una nuova proposta che tenga conto dei rilievi espressi. Su questa proposta la Giunta regionale si esprime entro trenta giorni decorsi i quali il parere si intende positivo.

Art. 39

Programma delle attività territoriali.

1. Il programma delle attività territoriali (P.A.T.), i cui contenuti sono fissati all'*articolo 3-quater, commi 2 e 3, del D.Lgs. n. 502/1992*, è lo strumento programmatorio del Distretto in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

2. Il P.A.T., è basato sulla intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- prevede la localizzazione dei servizi afferenti al Distretto;
- determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei Comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.

3. Costituisce parte integrante del Programma delle attività territoriali del distretto Programma operativo del Prina di cui all'art.12 della L.R. n. 9/2008 .

4. Il P.A.T., sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei Sindaci di Distretto, è proposto dal Direttore del Distretto, e approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

4. Annualmente, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e il Comitato dei Sindaci di Distretto verificano i risultati e gli obiettivi del P.A.T., e lo aggiornano annualmente per scorrimento.

Art. 40

Relazione sanitaria e documenti informativi periodici.

1. La relazione sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali e di un apposito sistema di indicatori, le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario regionale.

2. La Giunta regionale presenta ogni tre anni la relazione sanitaria e la trasmette al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.

3. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale ogni anno una relazione annuale di monitoraggio e valutazione sullo stato di attuazione della programmazione regionale, sui risultati di gestione raggiunti in merito agli obiettivi di salute e sulla spesa prevista per l'anno successivo. La relazione viene trasmessa al Ministero della Salute ai sensi dell'art.1 c.4 del D.lgs. n.502/1992.

4. Il Consiglio regionale, sia in base ai risultati di salute della programmazione sanitaria regionale emergenti dalla relazione sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta regionale anche per adeguare gli strumenti di programmazione sanitaria, da approvarsi da parte del Consiglio medesimo con il Documento di programmazione annuale.

Art. 41 **Relazione sanitaria aziendale**

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale, anche sulla base di un apposito insieme di indicatori di valutazione.

2. La relazione sanitaria aziendale è predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa:

a) dalle unità sanitarie locali alla Giunta regionale corredata del parere della Conferenza dei sindaci di competenza;

b) dalle aziende ospedaliere alla Giunta regionale corredata del parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale

4. Le Conferenze dei sindaci esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del direttore generale.

Art. 42 **Sistema Informativo Sanitario regionale.**

1. Il Sistema Informativo Sanitario regionale è unitario a livello regionale e comprende dati e informazioni prodotte dai sistemi informativi delle Aziende sanitarie regionali e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati.

2. Il Sistema Informativo Sanitario regionale è costituito al fine di:

a) acquisire i dati per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione regionale. Ciò è possibile assicurando la interoperabilità dei sistemi delle aziende sanitarie umbre, l'interconnessione delle strutture accreditate, delle farmacie, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei professionisti convenzionati con il Sistema Informativo Sanitario regionale, consentendo in tal modo l'integrazione delle informazioni relative alle attività svolte, ai servizi forniti e ai percorsi di cura garantiti ai cittadini.

b) diffondere la telemedicina e l'integrazione delle tecnologie biomedicali

c) fornire servizi al cittadino nel rispetto di quanto previsto dal *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal relativo regolamento regionale;

3. A tal fine la Giunta regionale adotta apposito provvedimento per:

a) assicurare la compatibilità del Sistema Informativo Sanitario regionale con il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) nazionale;

b) definire, sulla base degli standard nazionali e internazionali, i requisiti minimi strutturali dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie regionali e degli altri enti e soggetti del Servizio sanitario regionale;

d) fissare i Livelli di Informatizzazione per la definizione dei percorsi clinici e organizzativi finalizzati alla continuità di cura e la rilevazione epidemiologica;

e) promuovere progetti specifici interaziendali per rilevare e integrare, con riferimento al singolo cittadino, stato di salute e prestazioni erogate;

f) attivare sistemi di valutazione e controllo sui livelli di completezza dei sistemi informativi, sull'adesione agli standard e alle direttive nazionali e regionali;

Art. 43

Istituzione dell'Anagrafe sanitaria regionale

1. E' istituita a livello regionale l'Anagrafe sanitaria regionale quale anagrafica di riferimento, al fine di permettere una identificazione, univoca all'interno della Regione, degli assistiti, degli assistibili e dei soggetti che abbiano avuto almeno un accesso ad una struttura sanitaria umbra.

2. L'anagrafe di cui al comma 1 del presente articolo ha la finalità di gestire in maniera corretta il processo di erogazione delle prestazioni ai cittadini attraverso la condivisione dei dati individuali tra le aziende sanitarie regionali, di garantire la funzionalità di servizi avanzati e di assicurare un efficace controllo della spesa.

3. La Giunta regionale integra le disposizioni del regolamento regionale n. 4/2006 disciplinando le modalità di raccolta e trattamento dei dati anagrafici e sanitari di cui al comma 1 nel rispetto e con le modalità stabilite dalle disposizioni vigenti, in modo da garantire la tutela della riservatezza dei dati personali.

Art. 44

Osservatorio epidemiologico regionale

1. Nell'ambito della competente direzione generale della Giunta regionale è costituito l'osservatorio epidemiologico regionale con il compito di:

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del servizio sanitario, di opportuni strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata al fine di produrre statistiche sanitarie omogenee;

b) raccogliere dai vari livelli del servizio sanitario dati che riguardino lo stato di salute e la diffusione di malattie nella popolazione;

c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie al fine di produrre statistiche sanitarie correnti;

d) fornire tutte le informazioni di supporto necessarie alle diverse direzioni generali della Giunta regionale per l'attuazione delle attività di programmazione sanitaria, di valutazione dell'efficacia e dell'efficienza in materia sanitaria, di controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;

e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali;

f) identificare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e individuare le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza di malattie;

g) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario e a migliorare gli interventi sanitari;

h) assicurare il ritorno delle informazioni raccolte ed elaborate agli operatori delle aziende sanitarie, nonché la diffusione ai cittadini, per quanto di interesse pubblico

2. L'osservatorio di cui al comma 1 attiva collegamenti funzionali con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore

di sanità.

Art. 45

Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità.

1. In applicazione del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lett.g, sono istituiti a livello regionale i seguenti registri di patologia:

- a) Registro tumori;
- b) Registro mesoteliomi;
- c) Registro dialisi e trapianto;
- d) Registro trapianti d'organo;
- e) Registro malattie rare;
- f) Registro malformazioni congenite;
- g) Registro screening oncologici;
- h) Registro diagnosi anatomico-patologiche;
- i) Registro sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- j) Registro mortalità.

2. I registri di patologia di cui al comma 1 raccolgono dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalle malattie ivi individuate a fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del D.Lgs. 196/2003 sono previsti i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1, i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

4. Le previsioni del regolamento di cui al comma 3 devono in ogni caso informarsi al principio di necessità di cui all'articolo 3 del D.Lgs. n. 196/2003.

5. La Giunta regionale dispone, con propria deliberazione, le modalità organizzative e di gestione, nonchè l'individuazione delle attività tecnico-amministrative e sanitarie.

Art. 46

Autorizzazioni sanitarie

1. Le autorizzazioni per l'esercizio delle attività sanitarie nelle strutture pubbliche e private di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, sono rilasciate, nel rispetto dei requisiti minimi previsti dallo stesso decreto, dalla Regione che si avvale delle competenti strutture dell'Unità sanitaria locale.

2. I requisiti minimi trovano immediata applicazione nel caso di realizzazione di nuove strutture o di ampliamento e trasformazione di quelle già esistenti.

3. L'adeguamento ai requisiti minimi di strutture già autorizzate ed in esercizio è disposto entro due anni dall'entrata in vigore della presente legge.

4. I requisiti per la realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie sono definiti con regolamento di attuazione regionale. Il regolamento, nel rispetto dell'articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992, definisce i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per garantire la sicurezza delle strutture nelle quali vengono erogate prestazioni sanitarie.

5. La verifica dell'adeguamento e la permanenza dei requisiti vengono effettuati dalla Regione che può avvalersi delle strutture dell'Unità sanitaria locale.

Art. 47

Accreditamento.

1. La Giunta regionale, ai fini dell'accreditamento delle strutture pubbliche e private, previsto dall'art. 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, definisce, sentita la competente commissione consiliare, con proprio atto i requisiti ulteriori, sulla base dei seguenti criteri:

a) coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;

b) adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali tecnologiche ed amministrative;

c) equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;

d) congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;

e) presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;

f) presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità.

2. I requisiti ulteriori trovano immediata applicazione nel caso di richiesta di accreditamento per nuove strutture, ampliamenti e trasformazione di quelle già esistenti ovvero da parte di strutture private già in esercizio e non convenzionate.

3. L'adeguamento ai requisiti ulteriori di strutture in esercizio, pubbliche e private già convenzionate, viene definito dalla normativa nazionale e regionale vigente.

4. La Giunta regionale, al fine di garantire la qualità dei servizi sanitari a tutti i cittadini, definisce un sistema di indicatori e parametri di riferimento per le strutture pubbliche e private ed effettua sulle stesse un controllo periodico in termini di qualità, quantità e costo delle prestazioni erogate.

Art. 48

Servizi gestiti in forma associata e aggregata.

1. Ciascuna Azienda sanitaria regionale può gestire, per conto delle altre, attività di interesse comune, anche di carattere sanitario, previa stipula di apposito accordo e può, altresì, consorzarsi per la disciplina e per lo svolgimento di determinate fasi delle rispettive attività gestionali ed amministrative di interesse comune.

2. I Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali, definiscono programmi pluriennali per l'acquisizione in forma centralizzata di beni di più largo consumo e per l'appalto di servizi. Dispongono, altresì, i piani di acquisto annuali di beni e servizi occorrenti per il funzionamento delle Aziende sanitarie in funzione degli obiettivi fissati nel programma pluriennale.

3. La Giunta regionale dispone, con propria deliberazione, l'assetto, le modalità di gestione e l'individuazione delle attività tecnico-amministrative e sanitarie in cui si esplica la gestione in comune prevista al comma 1 .

Art. 49

Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini

1. Nel rispetto dei principi e per il perseguimento delle finalità di cui all'articolo 1, comma 5 della presente legge, le aziende sanitarie regionali organizzano lo svolgimento delle prestazioni e

dei servizi per la salute garantendo uno spazio adeguato all'informazione e all'acquisizione del consenso da parte dei destinatari delle prestazioni .

2. Le aziende sanitarie regionali adottano strumenti di comunicazione e trasparenza che garantiscono la adeguata conoscibilità degli obiettivi, delle attività e dei servizi. Ciascuna azienda adotta la Carta dei servizi e ne assicura adeguata pubblicità mediante pubblicazione sul sito web istituzionale , nonché in tutte le strutture in cui si svolgono le attività di servizio all'utenza .

Art. 50

Rapporti tra il Servizio sanitario regionale e ONLUS.

1. Le organizzazioni non lucrative di utilità sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale ed alle attività di assistenza sociale.

2. I rapporti tra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrano con le finalità del Servizio sanitario regionale ed il servizio stesso, sono disciplinati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti

Art. 51

Organico e ruoli nominativi

1. Il personale dipendente del Servizio sanitario regionale è iscritto nei ruoli nominativi costituiti e gestiti, ai sensi del D.P.R. 20 dicembre 1979, n. 761, dalle singole aziende sanitarie regionali cui è conferita la competenza della gestione giuridica ed economica del personale dipendente. Sulla base degli elenchi nominativi trasmessi dalle singole aziende sanitarie regionali, la Giunta regionale, entro il 30 giugno di ogni anno, provvede alla pubblicazione dei ruoli nominativi che, assumendo funzione meramente ricognitiva costituiscono la base conoscitiva e statistica per le finalità della programmazione regionale.

2. La copertura dei posti vacanti in organico riferiti alle posizioni funzionali apicali, per l'accesso ai quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, è sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale. È altresì sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale, anche in relazione alla eventuale utilizzazione del personale in esubero la copertura dei posti riferiti a tutti i profili e posizioni funzionali del ruolo amministrativo.

Art. 52

Controllo della Regione.

1. La Giunta regionale esercita il controllo sulle aziende sanitarie regionali anche ai sensi dell'articolo 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), mediante:

a) la valutazione della congruità, rispetto alle indicazioni del piano sanitario regionale, alle direttive vincolanti regionali e alle risorse assegnate, dei seguenti atti:

- 1) bilancio preventivo annuale e relative variazioni;
- 2) bilancio pluriennale di previsione;
- 3) bilancio di esercizio;

- 4) istituzione di nuovi servizi;
 - 5) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;
 - 6) dotazione organica complessiva del personale;
 - 7) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi;
 - 8) atto aziendale di cui all'articolo 16 della presente legge;
 - 9) piano attuativo locale di cui all'articolo 28 della presente legge;
- b) l'attività ispettiva, di vigilanza e di controllo ai sensi della legge 26 aprile 1982, n. 181 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982));
- c) la nomina, previa diffida a provvedere entro il termine di trenta giorni, di commissari ad acta per i provvedimenti non adottati entro i termini stabiliti e le modalità prescritte per legge e per atti amministrativi di programmazione generale.
2. Sono soggetti, altresì, al controllo della Giunta regionale i provvedimenti di acquisizione, a qualsiasi titolo, da parte delle aziende sanitarie regionali di attrezzature sanitarie. La Giunta regionale, con proprio atto, emana linee guida per la individuazione delle tipologie di attrezzature sanitarie soggette al controllo nonché degli ambiti della valutazione di congruità.
3. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali è di quaranta giorni dal ricevimento dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.
4. Nel caso di mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 3, l'atto soggetto a controllo si intende approvato.
5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1 al 31 agosto e dal 23 dicembre al 6 gennaio di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza.
6. Le modalità per l'esercizio del controllo sugli atti delle Aziende sanitarie regionali sono disciplinate dal regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie).
7. Il controllo sulle deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, previsto dall'articolo 20 della legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5 (Norme per la organizzazione e la gestione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), viene esercitato dalla Giunta regionale dell'Umbria con le modalità di cui al presente articolo.
8. Gli atti ed i provvedimenti assunti dal direttore generale per le aziende sanitarie regionali e dal consiglio d'amministrazione per l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono pubblicati nel sito istituzionale dell'azienda sanitaria o dell'istituto, secondo le modalità e i limiti previsti dall'ordinamento vigente in materia di pubblicità degli atti. Gli atti non soggetti a controllo sono esecutivi dal giorno della loro pubblicazione nel sito istituzionale, salvo diversa espressa disposizione. L'esecutività degli atti di cui al comma 1, lettera a), è subordinata all'esito positivo del controllo regionale ovvero alla mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 3.

TITOLO QUINTO

PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITA' E CRITERI DI FINANZIAMENTO

Art. 53

Determinazione del Fabbisogno Finanziario del Servizio Sanitario Regionale

1. La Giunta Regionale, in sede di elaborazione del Documento Annuale di Programmazione (D.A.P.), procede alla stima del fabbisogno finanziario del Servizio Sanitario Regionale necessario, per il triennio successivo, ad assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, tenuto conto degli obiettivi di crescita programmati, dell'evoluzione della domanda di salute, dell'andamento dei costi dei fattori produttivi, del programma degli investimenti.
2. La Giunta Regionale procede annualmente a:
 - a) ripartire le risorse disponibili da destinare al Servizio sanitario regionale;
 - b) emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie regionali e degli enti del Servizio sanitario regionale;
 - c) individuare, anche in corso di esercizio di bilancio, le misure da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

Art. 54

Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale

1. La Regione indirizza la gestione economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale verso l'obiettivo della massima efficienza ed efficacia, verificando la rispondenza dei risultati di gestione rispetto agli obiettivi programmatici, nell'ambito delle compatibilità economiche generali.
2. La Giunta Regionale determina annualmente i costi standard e i fabbisogni standard del Servizio sanitario regionale.
3. La Giunta Regionale determina altresì le risorse che, al netto della quota direttamente gestita dalla Regione, sono destinate alle aziende sanitarie regionali e procede alla definizione del fabbisogno standard delle unità sanitarie locali sulla base del costo standard regionale e dei seguenti criteri:
 - a) popolazione residente nel proprio ambito territoriale, ponderata secondo parametri di natura epidemiologica e demografica e tenendo conto di carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle prestazioni;
 - b) quote per funzioni da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.
4. Il Finanziamento delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie avviene mediante :
 - una quota su mandato sulla base degli obiettivi della programmazione regionale e per specifiche funzioni assistenziali;
 - una quota per esigenze di didattica e ricerca scientifica nonché la remunerazione delle prestazioni secondo quanto previsto dall'articolo 55.
5. La giunta regionale determina il finanziamento destinato alle funzioni assistenziali di cui al precedente comma 4 per le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del SSR in base al costo standard di produzione del programma di assistenza mentre la remunerazione delle attività assistenziali diverse da queste è determinata in base a tariffe

predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Art. 55

Disposizioni per la remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie

1. La Regione assicura i livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliero-universitarie nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i.
2. Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'istituzione privata o pubblica, diversa dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto alla erogazione è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario e dei criteri definiti dalla Regione.
3. La Giunta Regionale in relazione all'attuazione della programmazione regionale e alle risorse disponibili, definisce annualmente i volumi programmati di attività corrispondenti al fabbisogno di prestazioni del Servizio Sanitario regionale, articolati per tipologie assistenziali, determinando i criteri di remunerazione delle stesse e le misure di abbattimento delle tariffe al superamento dei volumi programmati. I suddetti volumi programmati possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, essere previsti anche per le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie definiscono annualmente accordi di ordine finanziario per le prestazioni sanitarie derivanti da flussi di mobilità interaziendale.
4. Gli scambi finanziari così determinati possono avvenire in forma diretta, sulla base di appositi Accordi, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazione regionali.
5. La Giunta Regionale provvede con proprie deliberazioni a disciplinare le modalità e le procedure per regolare il sistema degli accordi contrattuali interaziendali, anche in relazione alle disposizioni emanate a livello nazionale circa le modalità di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.
6. La valorizzazione delle prestazioni è definita dagli Accordi e dai rapporti tra Aziende Sanitarie e tra queste e le istituzioni private e non può essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione; in assenza di accordi si applicano le tariffe massime regionali.

TITOLO SESTO

Altre disposizioni

Art. 56

Comitato Etico delle Aziende sanitarie dell'Umbria

1. Il Comitato Etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria) è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti inseriti nei programmi di sperimentazioni clinica dei medicinali e di fornire pubblica garanzia di tale tutela.

2. Il Comitato etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria si configura come struttura indipendente con assenza di subordinazione gerarchica nei confronti dei soggetti per i quali opera (Regione, Università, Aziende sanitarie pubbliche e private) nel rispetto delle linee guida per la Buona Pratica Clinica.
3. Il Comitato etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria svolge i compiti in attuazione delle disposizioni del D.M. 12 maggio 2006 del Ministro della salute (Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali). Il Comitato in particolare:
 - a) valuta i programmi di sperimentazione scientifica e clinica terapeutica avviati nelle strutture del sistema sanitario regionale;
 - b) esprime pareri in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche ed assistenziali svolte all'interno delle strutture del sistema sanitario regionale ;
 - c) propone iniziative di formazione di operatori sanitari in materia di bioetica.
4. Il Comitato etico delle Aziende Sanitarie dell'Umbria è nominato dalla Giunta Regionale, ha sede in Perugia presso la competente struttura della Regione Umbria, ed è tenuto a dotarsi di un ufficio di segreteria tecnico-scientifica qualificata ai sensi della normativa vigente

TITOLO SETTIMO

Norme finali e transitorie

Art. 57

Successione nei rapporti attivi e passivi

1. Le Aziende sanitarie regionali di nuova costituzione succedono alle Aziende estinte in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi già di titolarità delle preesistenti Aziende relativi alle funzioni ed attività ad esse conferite, assumendone i relativi diritti ed obblighi e proseguendo in tutti i rapporti, anche processuali, preesistenti.
2. Con provvedimento della Giunta Regionale sono definiti criteri e modalità operative della fusione, avendo particolare riguardo a:
 - a. gestione delle attività e passività pregresse e tutela dei fornitori;
 - b. patrimonio disponibile e indisponibile;
 - c. gestione del personale;
 - d. gestione delle attività contrattuali in essere;
 - e. gestione transitoria dei servizi di tesoreria;
 - f. contabilità economico-finanziaria e patrimoniale relativa agli anni precedenti.
3. Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale i beni patrimoniali mobili e immobili, previa ricognizione dei medesimi, sono ricondotti al patrimonio dell'Azienda di destinazione. Il provvedimento della Giunta Regionale costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri ai sensi dell'art. 5, comma 3, del D. Lgs. n. 502/92.
4. I direttori generali, entro 180 giorni dalla data della costituzione delle Aziende Sanitarie Regionali, adottano:
 - a. il nuovo piano attuativo;
 - b. il nuovo piano degli investimenti e dei finanziamenti;
 - c. il nuovo atto aziendale.
5. Fino alla costituzione del nuovo Collegio Sindacale, le relative funzioni sono svolte dal Collegio Sindacale dell'Azienda che, tra quelle confluite nella nuova Azienda, nell'anno precedente ha presentato la maggiore entità di risorse gestite desumibili dal totale del valore della produzione riportato nel bilancio dell'ultimo esercizio approvato.

6. I Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali e il Commissario Straordinario dell’Azienda Ospedaliera di Perugia redigono, entro 60 giorni dalla data di costituzione delle nuove Aziende Sanitarie, una rappresentazione veritiera e corretta della situazione economica, finanziaria e patrimoniale dell’Azienda preesistente, con l’osservanza delle norme e dei principi di redazione del bilancio di esercizio.
7. I Direttori Generali delle Aziende di nuova costituzione redigono entro 120 giorni la situazione patrimoniale di apertura, con riferimento agli elementi dell’attivo e del passivo relativi alla nuova Azienda, nonché apposito prospetto di riconciliazione tra le Attività e Passività recepite e la nuova situazione patrimoniale.

Art. 58
Agenzia Umbria Sanità

A decorrere dal 1 gennaio 2013, l’Agenzia Umbria Sanità di cui alla *legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17* è soppressa.

2. Tutte le attività conferite all’Agenzia Umbria Sanità costituita per realizzare le finalità di cui alla *legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17* e i rapporti giuridici instaurati dalla stessa, sono trasferiti alle Aziende sanitarie regionali di appartenenza dei Responsabili del procedimento.

3. Il direttore dell’Agenzia Umbria Sanità trasmette entro il 31/12/2012 i procedimenti amministrativi compresi nel piano di impresa non conclusi, alle Aziende sanitarie regionali di appartenenza dei Responsabili del procedimento, al fine della relativa prosecuzione e conclusione.

4. Con decorrenza 1° gennaio 2013 è nominato, con decreto della Presidente della Giunta regionale che ne definisce compiti, poteri e durata, il Commissario incaricato della liquidazione dell’Agenzia Umbria Sanità soppressa.

5. La Giunta regionale individua, con propria deliberazione specifiche disposizioni inerenti la liquidazione, nonché i tempi e gli adempimenti indispensabili per la conclusione della procedura liquidatoria.

Art. 59
Abrogazioni

1. Sono abrogate le seguenti leggi regionali:

Sono abrogate le seguenti leggi regionali:

a) legge regionale 20 gennaio 1998 n. 3 , e successive modificazioni;

b) legge regionale 24 novembre 2009 n. 23 “Requisiti del direttore “

c) *legge regionale 27 marzo 2000, n. 29* (.....);

d) *legge regionale 17 febbraio 2005, n. 17 (Istituzione della Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità)*;

e) *legge regionale 16 maggio 2007, n. 16* (.....);

f) *legge regionale 10 luglio 1998, n. 23 (Tutela sanitaria delle attività sportive) limitatamente all'articolo 11*;

g) *legge regionale 21 marzo 1975, n. 15 (Disciplina del diritto di accesso all’assistenza ospedaliera gestita dalla Regione Umbria)*, articolo 15;

.....

.....

Restano salvi gli effetti dei provvedimenti adottati

Art. 60

Entrata in vigore

La presente legge entra in vigore il 1° gennaio 2013.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Umbria

Allegato A

Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1:

Comuni di: Assisi, Bastia Umbra, Bettona, Cannara, Castiglione del Lago, Citerna, Città della Pieve, Città di Castello, Collazzone, Corciano, Costacciaro, Deruta, Fossato di Vico, Fratta Todina, Gualdo Tadino, Gubbio, Lisciano Niccone, Magione, Marsciano, Massa Martana, Monte Castello di Vibio, Monte Santa Maria Tiberina, Montone, Paciano, Panicale, Passignano sul Trasimeno, Perugia, Piegara, Pietralunga, San Giustino, San Venanzo, Scheggia e Pascelupo, Sigillo, Todi, Torgiano, Tuoro sul Trasimeno, Umbertide, Valfabbrica.

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2:

Comuni di: Acquasparta, Allerona, Alviano, Amelia, Arrone, Attigliano, Avigliano Umbro, Baschi, Bevagna, Calvi dell'Umbria, Campello sul Clitunno, Cascia, Castel Giorgio, Castel Ritaldi, Castel Viscardo, Cerreto di Spoleto, Fabro, Ferentillo, Ficulle, Foligno, Giano dell'Umbria, Giove, Gualdo Cattaneo, Guardea, Lugnano in Teverina, Montecastrilli, Montefalco, Montecchio, Montefranco, Montegabbione, Monteleone di Orvieto, Monteleone di Spoleto, Narni, Nocera Umbra, Norcia, Orvieto, Otricoli, Parrano, Penna in Teverina, Poggiodomo, Polino, Porano, Preci, San Gemini, Sant'Anatolia di Narco, Scheggino, Sellano, Spello, Spoleto, Stroncone, Terni, Trevi, Vallo di Nera, Valtopina.