

L.R. 31 ottobre 2001, n. 39 ⁽¹⁾.

Riordino e razionalizzazione del servizio sanitario regionale ⁽²⁾.

(1) Pubblicata nel B.U. Basilicata 5 novembre 2001, n. 73.

(2) Ai sensi dell'*art. 1, comma 1, L.R. 1° luglio 2008, n. 12*, la suddetta legge integra e modifica la struttura e la regolazione del Servizio sanitario regionale (SSR), come definite dalla presente legge (vedi anche l'*art. 7, comma 1, della stessa L.R. n. 12/2008*).

Art. 1
Oggetto.

In attuazione del *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*, come modificato dal *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517*, dal *D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229*, dal *D.Lgs. 2 marzo 2000, n. 49*, dal *D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168* e dal *D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254*, di seguito indicato come "decreto legislativo di riordino" la presente legge disciplina l'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale ed in particolare:

a) definisce i diversi livelli istituzionali impegnati nella realizzazione delle finalità del servizio sanitario regionale determinandone i ruoli e le competenze;

b) stabilisce che il territorio è articolato in Aziende U.S.L.;

c) stabilisce le procedure generali della programmazione sanitaria regionale ed il suo rapporto con la programmazione attuativa locale;

d) disciplina gli organi delle Aziende U.S.L. e delle Aziende ospedaliere regionali;

e) determina i principi ed i criteri dell'organizzazione e del funzionamento delle Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali ai fini dell'adozione dell'Atto aziendale previsto dall'*art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. di riordino*;

f) istituisce e disciplina la conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale;

g) disciplina le modalità di selezione, la composizione ed il funzionamento del Consiglio dei Sanitari delle Aziende sanitarie ed ospedaliere regionali;

h) disciplina l'attività e la composizione del Collegio di Direzione di cui all'*art. 17 del decreto legislativo di riordino* anche con riferimento all'*art. 7, comma 3, della legge 10 agosto 2000, n. 251*;

i) definisce i criteri per l'articolazione in distretti delle Aziende Unità sanitarie locali regionali;

j) disciplina le modalità di vigilanza e di controllo, sull'attività delle Unità sanitarie Locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse;

k) definisce i criteri per l'accreditamento delle strutture e per la verifica della qualità dei servizi sanitari;

l) stabilisce le modalità con cui le U.S.L. e le Aziende ospedaliere regionali assicurano le prestazioni aggiuntive ed i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'*art. 2 della L. 30 novembre 1998, n. 419*;

m) prevede le modalità di integrazione tra le attività sanitarie e quelle socio-assistenziali;

n) definisce la partecipazione dei cittadini singoli od associati e la tutela dei diritti dell'utenza;

o) definisce le modalità per il concorso delle Università, degli enti nazionali di ricerca, del volontariato alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale;

p) istituisce e disciplina il S.I.A. (Servizio infermieristico aziendale).

Art. 2

Il Servizio sanitario regionale.

1. Gli àmbiti territoriali delle Aziende Unità sanitarie locali sono definiti con legge regionale.

2. Il Servizio sanitario regionale (S.S.R.) è costituito dall'insieme delle strutture e delle attività, delle funzioni e delle risorse organizzate al fine di rispondere ai bisogni sanitari ed assistenziali espressi dai cittadini sul territorio regionale rivolte a promuovere lo stato di benessere del singolo e della collettività. Esso si articola nelle aziende unità sanitarie locali ed aziende ospedaliere di cui alla *L.R. 24 dicembre 1994, n. 50* e negli altri Enti Sanitari istituiti dalla Regione Basilicata.

Art. 3

Soggetti attuatori.

1. I soggetti istituzionali, cui spetta l'attuazione del Servizio sanitario regionale secondo le competenze e con le modalità previste dalla presente legge, sono:

a) la Regione;

b) le province;

c) i comuni;

d) le Aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere e gli altri Enti istituiti dalla Regione Basilicata che gestiscono i servizi sanitari.

2. Alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono, altresì, le istituzioni private accreditate, gli enti assistenziali pubblici, le associazioni di volontariato, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale ed ogni altra organizzazione riconosciuta dall'ordinamento giuridico, le Università e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzata ai medesimi obiettivi del Servizio sanitario regionale, secondo modalità e competenze stabilite dal decreto legislativo di riordino dalla legislazione regionale, dal Piano sanitario regionale e da apposite convenzioni e protocolli d'intesa definiti dalla Giunta regionale.

3. In particolare le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e con quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12, del decreto legislativo di riordino alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico - culturale dei servizi alla persona.

4. Con provvedimento della Giunta regionale viene istituito l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Sono inserite nell'elenco le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo operanti nel settore suindicato che ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'art. 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del *D.Lgs. 4 dicembre 1997, n. 460*, fermo restando quanto disposto dall'art. 10, comma 7, del medesimo decreto.

Per quanto attiene i benefici fiscali si rinvia all'art. 1 comma 18, ultimo capoverso, del decreto legislativo di riordino.

I rapporti fra le associazioni di volontariato di cui ai commi precedenti ed il Servizio sanitario regionale sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle norme nazionali e regionali in materia.

Art. 4

Competenze della Regione.

1. La Regione, nel rispetto delle leggi dello Stato in materia, svolge le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario regionale, assicurando i livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale attraverso quello regionale, per il tramite delle Aziende U.S.L. ed ospedaliere, che supporta e controlla nella loro attività di gestione.

2. In particolare, la Regione garantisce che i livelli essenziali ed uniformi di assistenza siano assicurati ai cittadini nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché alla gestione efficiente e trasparente delle risorse. Il Consiglio regionale su proposta della Giunta approva il Piano sanitario regionale.

3. La Giunta regionale:

a) esercita funzioni di indirizzo tecnico per la gestione delle aziende sanitarie; a tal fine determina i principi ed i criteri dell'organizzazione e del funzionamento delle Aziende per consentire al Direttore generale l'adozione dell'atto aziendale previsto dal decreto legislativo di riordino, svolge altresì funzioni di coordinamento allo scopo di assicurare la conformità dell'attività aziendale agli obiettivi del Piano sanitario regionale;

b) stabilisce indirizzi e vincoli ai quali le Aziende sanitarie devono attenersi nel dare applicazione ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro per il personale dipendente ed agli Accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato;

c) svolge funzioni di promozione e di supporto alle Aziende sanitarie avvalendosi anche del personale delle stesse in possesso della professionalità occorrente, ovvero attraverso apposita agenzia da istituire con legge regionale;

d) esercita le attività concernenti l'epidemiologia e il sistema informativo sanitario, attraverso l'osservatorio epidemiologico regionale, il registro dei tumori, il sistema informativo regionale e tutti gli altri strumenti tecnici di supporto al Servizio sanitario regionale, ai fini della raccolta, analisi e sintesi dei principali indicatori gestionali;

e) vigila sulla corretta ed economica gestione delle risorse assegnate, sull'imparzialità e sul buon andamento delle attività, sulla qualità dell'assistenza;

f) accerta, avvalendosi anche delle Aziende sanitarie, i requisiti delle strutture ai fini del loro accreditamento;

g) assegna le risorse finanziarie alle Aziende sanitarie;

h) esercita le funzioni di controllo sulle Aziende sanitarie nei modi indicati nella presente legge.

Art. 5

Competenze dei comuni e delle province.

1. I comuni partecipano alla elaborazione del Piano sanitario regionale esprimendo parere non vincolante sullo stesso o formulando proposte alla Giunta regionale attraverso la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui al successivo art. 12.

2. I comuni, esplicitano altresì, nell'ambito della programmazione regionale, le funzioni sotto indicate nei confronti delle Aziende U.S.L. ai sensi dell'art. 3 comma 14 del decreto legislativo di riordino:

a) definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica;

b) esame del bilancio pluriennale di previsione e del bilancio di esercizio, rimettendo alla Regione le relative osservazioni;

c) verifica dell'andamento generale dell'attività;

d) concorso alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore generale e alla Regione.

3. I comuni esercitano le funzioni di indirizzo e la valutazione sull'attività nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda U.S.L. attraverso la Conferenza dei Sindaci di cui al successivo art. 13.

4. Le province partecipano in via consultiva alla programmazione sanitaria regionale e locale nell'ambito delle funzioni di cui all'*art. 20, comma 2, lettera b) del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267*, esse sono sentite in occasione della definizione degli ambiti territoriali sovracomunali delle Aziende U.S.L. e delle loro articolazioni.

5. I comuni e le province devono esprimersi per le attività ed i pareri di cui al presente articolo entro il termine perentorio di trenta giorni dalla richiesta, fatti salvi gli specifici termini più brevi previsti dalla normativa statale o regionale. Decorsi i predetti termini il parere si intende "favorevole".

Art. 6

Le Aziende sanitarie.

1. Le Aziende sanitarie del Servizio sanitario regionale sono le Aziende U.S.L., e le Aziende ospedaliere di cui alla *L.R. n. 50/1994*.

2. Sul territorio della Regione Basilicata é costituita in Azienda ospedaliera, ai sensi degli articoli 1, 2, 4 e seguenti del decreto legislativo di riordino, l'ospedale San Carlo di Potenza individuato quale ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 31 agosto 1993 e pubblicato sulla Gazz.Uff. 24 febbraio 1994, n. 45.

3. Ferma restando la competenza del Consiglio dei Ministri ad individuare gli ospedali da costituire in Azienda ospedaliera, il Consiglio regionale procede, su proposta della Giunta, alla costituzione in Azienda di altri ospedali in possesso dei requisiti previsti dall'art. 4, commi 1-bis e 1-ter, del decreto legislativo di riordino, nel rispetto delle procedure di cui al medesimo art. 4, comma 1-quater.

4. Le Aziende sanitarie hanno personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato, di cui all'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo di riordino, nel rispetto dei principi e dei criteri degli articoli 14 e seguenti della presente legge.

5. Le Aziende Unità sanitarie Locali provvedono, nell'ambito della programmazione attuativa locale alla gestione:

a) delle attività sanitarie, ivi comprese: quelle di prevenzione di cui all'art. 7 e successivi del decreto legislativo di riordino;

b) delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario rientranti nelle competenze del Servizio sanitario Nazionale;

c) delle attività di assistenza sociale la cui gestione può essere attribuita in base a delega da parte degli Enti locali che ne assicurano il finanziamento ai sensi dell'art. 3, comma 3, del predetto decreto legislativo di riordino.

6. Le Aziende Unità sanitarie locali assicurano i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal piano sanitario nazionale, da quello regionale e dai piani attuativi locali erogando le prestazioni tramite le proprie strutture ed avvalendosi delle prestazioni erogate dalle Aziende ospedaliere e dalle strutture private accreditate;

7. Le Aziende U.S.L. si articolano in Distretti sanitari di base, in presidi ospedalieri e nelle altre articolazioni previste dell'atto aziendale di cui al successivo art. 14;

8. Le Aziende ospedaliere assicurano, relativamente alle attività specialistiche previste sulla base degli atti di programmazione regionale:

a) le prestazioni di assistenza ospedaliera e di ricovero;

b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali, ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c) le attività di emergenza ed urgenza ospedaliera.

9. Le Aziende U.S.L. e le Aziende ospedaliere e gli altri Enti del Servizio sanitario regionale concorrono allo sviluppo della rete dei servizi sanitari ed ospedalieri. A tale scopo l'Azienda ospedaliera o, in alternativa, altra Azienda U.S.L. individuata dalla Regione, promuove intese con le altre Aziende e con le Sperimentazioni gestionali volte alla costituzione di dipartimenti tecnico scientifici interaziendali. Le intese sono sottoposte all'approvazione della Giunta regionale che esercita il controllo della rispondenza delle stesse a quanto previsto dalla programmazione sanitaria entro il termine di 40 giorni dal ricevimento degli atti.

10. La Regione incentiva altresì lo sviluppo di programmi e progetti interaziendali finalizzati a realizzare prestazioni di elevato livello qualitativo ovvero ad integrare, razionalizzare e qualificare l'offerta, anche con appositi contributi finanziari.

11. Le Aziende ospedaliere possono attivare rapporti in forma societaria con Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, con il Consiglio nazionale delle ricerche ed altri soggetti pubblici e privati, allo scopo di erogare prestazioni sanitarie di alta specializzazione. Le Aziende U.S.L. possono costituire Società con gli stessi soggetti di cui sopra per lo svolgimento di attività di propria competenza. L'attivazione dei predetti rapporti avviene nel rispetto di quanto previsto dall'art. 9-bis del decreto legislativo di riordino, secondo procedure definite dalla Giunta regionale sulla base delle direttive della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

12. Nei casi di cui al comma precedente l'Azienda deve sottoporre all'esame ed approvazione della Giunta regionale lo schema dello statuto della società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati economici e gestionali attesi.

13. La contabilità, l'utilizzazione e gestione del patrimonio delle Aziende è disciplinata con apposita legge, Fino alla emanazione di nuove disposizioni normative la disciplina è dettata dalla *L.R. 27 marzo 1995, n. 34* e successive modificazioni. Con riferimento al CROB si applica la normativa contenuta nella *L.R. 8 luglio 1997, n. 32* e successive modifiche ed integrazioni e nella convenzione di proroga della sperimentazione gestionale sottoscritta il 22/11/2000.

Art. 7
Organi.

1. Sono organi delle Aziende sanitarie:

- a) Il Direttore generale
 - b) Il Collegio sindacale.
-
-

Art. 8
Direttore generale delle Aziende sanitarie.

1. Il Direttore generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda cui è preposto.

2. Tutti i poteri di gestione sono riservati al Direttore generale degli, è tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'Azienda.

3. A tale scopo il Direttore generale disciplina attraverso l'atto aziendale di cui al successivo art. 14, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti dalla presente legge e dalle linee di indirizzo emanate dalla Giunta regionale l'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda.

4. Il Direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole nella forma e secondo le modalità previste dall'atto aziendale di cui al precedente comma.

5. È riservata in via esclusiva al Direttore generale l'adozione dei seguenti atti;

a) la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario previsti dall'articolo 3-bis, comma 8, del decreto delegato; la sospensione e la sostituzione del responsabile di zona e del coordinatore dei servizi sociali per le Aziende U.S.L.;

b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale e la loro prima convocazione, ai sensi dell'art. 3, comma 13, del decreto legislativo di riordino;

c) la nomina dei Direttori o dei responsabili delle strutture ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali;

d) l'atto aziendale;

e) gli atti di bilancio;

f) i piani attuativi;

g) la relazione sanitaria aziendale;

h) i provvedimenti che comportano modificazioni dello stato patrimoniale dell'Azienda;

i) la costituzione delle società di cui all'art. 6, comma 11 e 12 della presente legge.

Art. 9

Nomina del Direttore generale ⁽³⁾.

1. Il Direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui all'art. 3-bis, comma 3, del decreto legislativo di riordino, su conforme deliberazione della Giunta. Sono fatte salve le nomine dei Direttori generali in atto alla data di entrata in vigore della presente legge.

2. La nomina interviene previo specifico avviso, da pubblicare, a cura della Giunta regionale, nel Bollettino ufficiale della Regione Basilicata e nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni secondo quanto previsto dall'art. 3-bis, comma 8, del decreto legislativo di riordino, tra il Presidente della Giunta regionale o suo delegato ed il Direttore generale nominato. La stipula del contratto deve intervenire entro 15 giorni dalla nomina, e comunque entro 60 giorni dalla vacanza dell'ufficio

4. Il Direttore generale nominato deve produrre, entro 18 mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

5. All'atto della nomina di ciascun Direttore generale, la Giunta regionale definisce ed assegna, aggiornandoli periodicamente gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse fermo restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. Con lo stesso provvedimento vengono definiti i criteri di valutazione dell'attività.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun Direttore generale, la Giunta regionale verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere della Conferenza dei Sindaci di cui al successivo art. 13 ovvero per le Aziende ospedaliere

della Conferenza Permanente per la Programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'art. 12 della presente legge, procede o meno, entro i tre mesi successivi, alla conferma della nomina.

7. Le successive valutazioni dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati, con le procedure suindicate, avviene con cadenza annuale. La prima valutazione dopo la conferma viene effettuata dopo sei mesi, trascorsi 24 mesi dall'insediamento.

8. La valutazione positiva di cui ai commi precedenti costituisce elemento indispensabile per l'erogazione del compenso aggiuntivo previsto dal contratto, la relativa misura viene definita dalla Giunta regionale in ragione dei risultati raggiunti.

La Giunta può avvalersi, ai fini della valutazione, degli Uffici del Dipartimento regionale competente in materia di sanità e/o di Commissione di esperti appositamente costituita.

(3) Vedi, anche, l'art. 16, comma 2, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7.

Art. 10

Incompatibilità, cause di decadenza e revoca del Direttore generale.

1. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione di diritto del contratto con il Direttore generale.

2. La sussistenza o la sopravvenienza degli impedimenti di cui all'art.3, comma 11, del decreto legislativo di riordino, è sempre causa di decadenza del Direttore generale dalla nomina.

3. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta medesima.

4. Qualora la decadenza sia dichiarata per i motivi di cui all'art. 3-bis, comma 7, del decreto delegato, la Giunta regionale acquisisce, per il Direttore generale dell'Azienda U.S.L. il parere della Conferenza dei Sindaci e, per il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera, il parere della conferenza permanente di cui all'art. 12 della presente legge.

5. Trascorsi inutilmente 10 giorni dalla richiesta dei pareri di cui al comma 4, il Presidente della Giunta regionale può comunque pronunciare la decadenza.

6. La Giunta regionale prescinde dai pareri nei casi di particolare gravità ed urgenza.

7. La Conferenza dei Sindaci, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, può richiedere alla Giunta regionale di revocare il Direttore generale o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Per le Aziende ospedaliere la richiesta di revoca o di mancata conferma può essere richiesta dalla conferenza permanente di cui al successivo articolo 12.

8. Il Presidente della Giunta regionale accerta la sussistenza delle condizioni di incompatibilità del Direttore generale, di cui all'art. 3, comma 9, del decreto legislativo di riordino, al momento della nomina.

9. Il rilievo di eventuali incompatibilità e con testato, in qualunque momento, dal Presidente della Giunta regionale al Direttore generale il quale, entro 20 giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause dandone notizia al Presidente della Giunta regionale. Decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il Direttore generale è dichiarato decaduto.

10. Nel caso di assenza o legittimo impedimento nonché nei casi di sospensione, decadenza o revoca al Direttore generale subentra nelle funzioni il Direttore più anziano, per età, tra il Direttore Amministrativo e il Direttore sanitario ovvero il Direttore a suo tempo delegato a svolgere le funzioni. Analogamente si procede nel caso di vacanza.

11. In alternativa alla ipotesi di cui al comma 10, la Giunta regionale può procedere nel caso della sospensione, decadenza, revoca o vacanza al Commissariamento dell'Azienda.

12. Il Presidente della Giunta regionale, nella ipotesi di cui al comma 11, nomina su deliberazione della Giunta medesima, un Commissario con i poteri del Direttore generale che resta in carica fino alla nomina del nuovo Direttore generale.

Il Commissario deve essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per la nomina a Direttore generale.

Con il provvedimento di nomina la Giunta regionale definisce le modalità dell'incarico ed il compenso da corrispondere per l'espletamento del mandato in analogia a quanto previsto dalla normativa per il Commissario Straordinario degli I.R.C.C.S.

13. Il Presidente della Giunta regionale nell'ipotesi in cui la decadenza del Direttore generale dell'Azienda U.S.L. sia pronunciata per motivi diversi da quelli previsti dall'art. 3- bis, comma 7, del decreto legislativo di riordino, informa la Conferenza dei Sindaci; per i medesimi motivi, quando la decadenza è pronunciata nei confronti del Direttore generale dell'Azienda ospedaliera informa la Conferenza permanente di cui al successivo art. 12.

14. Qualora ricorrano le condizioni di cui al comma 6, il Presidente della Giunta regionale informa tempestivamente della decadenza del Direttore generale e dell'eventuale commissariamento aziendale, la Conferenza dei Sindaci, nel caso di Azienda U.S.L., e la Conferenza permanente di cui all'art. 12 della presente legge, nel caso di Azienda ospedaliera.

Art. 11 *Collegio Sindacale.*

1. Il Collegio Sindacale è nominato del Direttore generale.

2. Esso dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, uno designato dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci; per le Aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dal Sindaco del Comune ove è ubicata la sede legale dell'Azienda ospedaliera.

3. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di Grazia e Giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti di collegi sindacali ⁽⁴⁾.

4. Il Collegio viene convocato per la prima seduta dal Direttore generale entro 10 giorni dalla nomina. Nella prima seduta il collegio procede alla elezione tra i propri componenti del Presidente che provvede alle successive convocazioni. Nel caso di cessazione del Presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo Presidente.

5. Entro 10 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza della cessazione di uno o più componenti a seguito di dimissioni, vacanza o qualunque altra causa, il Direttore generale le provvede a chiedere una nuova designazione all'amministrazione competente ed alla ricostituzione del Collegio nel termine di 30 giorni dalla data di designazione. In caso di mancanza di più di due componenti deve procedersi alla ricostituzione dell'intero Collegio. Qualora il Direttore generale non procede alla ricostituzione del collegio entro il termine dei 30 giorni, la Giunta regionale provvede a costituirlo in via straordinaria con dirigenti della Regione e/o altri soggetti in possesso dei requisiti richiesti. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

6. Le adunanze del Collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti. Il membro del Collegio Sindacale che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive del Collegio decade dall'ufficio. I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individuale. In tal caso le risultante delle verifiche devono essere portate a conoscenza degli altri componenti del Collegio nella prima seduta successiva alla verifica stessa.

6-bis. La presentazione della candidatura alla nomina di Direttore Generale o Direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria e Ospedaliera presso cui il componente del Collegio Sindacale svolge la funzione di controllo comporta l'automatica decadenza dall'incarico. Non può essere altresì nominato componente del Collegio Sindacale chi abbia avanzato nel quinquennio precedente la propria candidatura alla nomina di Direttore Generale o Direttore Amministrativo della stessa Azienda presso cui si candida a prestare l'attività di controllo ⁽⁵⁾.

6-ter. Ai componenti del Collegio Sindacale delle Aziende Sanitarie si applica l'istituto della revoca di cui all'art. 2400 del Codice Civile. La revoca è disposta con decreto del Presidente della Regione, su conforme deliberazione della Giunta regionale, sentito l'interessato ⁽⁶⁾.

7. Il Collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti. I verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del Collegio e sono conservati agli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Giunta regionale. Nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza, la Giunta può comunque richiedere al Collegio la trasmissione dei verbali.

8. Il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sanitaria sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri contabili ed effettua verifiche di cassa con cadenza trimestrale;
- riferisce almeno ogni tre mesi alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati dei riscontri eseguiti, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette con cadenza almeno semestrale una relazione sull'andamento dell'Azienda sanitaria alla Conferenza dei Sindaci e per le Aziende ospedaliere al Sindaco del Comune ove è ubicata la sede legale dell'Azienda stessa;
- esercita il controllo anche sulle attività svolte dalle Aziende U.S.L. in materia di assistenza sociale e di servizi socio-assistenziali delegati dai comuni.

9. Al Collegio sono trasmessi, entro 10 giorni dalla loro adozione, tutti gli atti soggetti a controllo adottati dal Direttore generale, nonché gli atti di cui al Collegio faccia richiesta. Non sono soggetti comunque a controllo i provvedimenti conseguenti - ad atti già esecutivi.

10. Il Collegio, entro 15 giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; la mancata trasmissione degli eventuali rilievi formulati entro i predetti termini equivale a riscontro positivo. Nei successivi 15 giorni dal ricevimento dei rilievi, l'Azienda sanitaria può adeguarsi ai medesimi assumendo gli opportuni provvedimenti e comunicandoli al Collegio; in caso contrario è tenuta a motivare al Collegio il persistere della decisione originaria.

11. Gli atti che, ai sensi della presente legge, non sono sottoposti al controllo della Giunta regionale diventano esecutivi, salva la immediata eseguibilità dichiarata per motivi di urgenza, dopo la pubblicazione all'Albo dell'Azienda per 5 giorni consecutivi.

12. Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, il Collegio può eseguire indagini campionarie. A tal fine all'inizio di ogni seduta definisce, dandone atto nel libro delle adunanze e nel verbale, i criteri di campionamento che intende utilizzare nell'esame degli atti. Il Collegio deve indicare le indagini eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale di cui al precedente comma 8.

13. È comunque richiesto l'esame, da parte del Collegio, degli atti di bilancio, di quelli inerenti provvedimenti di pianificazione, dell'atto aziendale di cui al successivo art. 14, dei regolamenti aziendali, nonché dei contratti collettivi di lavoro decentrati aziendali nei limiti e con le procedure definite dal D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 24 e successive modificazioni ed integrazioni e dal Contratto collettivo nazionale di lavoro.

14. Il Collegio esamina il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio ed esprime le proprie osservazioni in una relazione che allega ai provvedimenti in questione all'atto della loro trasmissione alla Giunta regionale per l'approvazione.

15. L'Azienda sanitaria pone a disposizione del Collegio un luogo idoneo per le riunioni e per la custodia della documentazione inerente alle proprie funzioni.

16. Il compenso spettante al Collegio Sindacale è pari al 10 per cento degli emolumenti stabiliti dalla Giunta regionale per il Direttore generale. Al Presidente del Collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. Spetta altresì, ai componenti del Collegio residenti in Comune diverso da quello ove ha sede l'Azienda sanitaria, il rimborso delle spese di vitto e alloggio debitamente documentate, nei limiti fissati per la dirigenza statale, per ogni giornata di effettiva presenza. È inoltre ammesso il rimborso delle spese di viaggio nella misura prevista per i dirigenti del Servizio sanitario regionale.

17. Il Collegio Sindacale è tenuto all'esame di ogni atto soggetto a controllo riguardante gestioni antecedenti all'insediamento del Collegio stesso, purché adottati in periodi di "vacatio" del Collegio medesimo, senza che tal circostanza dia titolo ad alcuna remunerazione aggiuntiva.

(4) Comma così modificato dall'art. 24, L.R. 30 dicembre 2009, n. 42 (mediante l'inserimento di una virgola tra le parole "economica" e "che"), a decorrere dal 1° gennaio 2010 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 86, comma 1, della stessa legge).

(5) Comma aggiunto dall'art. 14, comma 11, L.R. 31 gennaio 2002, n. 10.

(6) Comma aggiunto dall'art. 14, comma 11, L.R. 31 gennaio 2002, n. 10.

Art. 12

Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale.

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale è organo consultivo della Regione.

2. Essa è chiamata ad esprimere pareri, osservazioni e proposte:

a) sullo schema di Piano sanitario regionale adottato dalla Giunta regionale;

b) sugli atti di pianificazione riguardanti l'integrazione socio-sanitaria;

c) sui disegni di legge in materia sanitaria e socio-sanitaria;

d) sulle ipotesi di modificazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie Locali e di costituzione in Azienda ospedaliera di Ospedali;

e) su ogni altro provvedimento sottoposto all'esame delle stesse da parte della Giunta o del Consiglio regionale.

3. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria è nominata con provvedimento della Giunta regionale ed è costituita:

a) dall'Assessore regionale titolare della delega in materia di Sanità, che la presiede;

b) dall'Assessore regionale titolare della delega in materia di Servizi Sociali, se persona diversa da quella di citi al punto a);

c) dal Presidente regionale dell'ANCI o suo delegato;

d) dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci di cui all'art. 13;

e) dai Sindaci o loro delegati dei comuni ove hanno sede legale le Aziende ospedaliere;

f) da un rappresentante dell'UPI o suo delegato;

g) da un rappresentante dell'UNCCEM o suo delegato;

h) dai Presidenti delle province o loro delegati;

i) i rappresentanti dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCCEM sono gli stessi nominati ed in carica, al momento della nomina, nella Conferenza permanente delle autonomie di cui alla *L.R. 28 marzo 1996, n. 17*.

4. Ai lavori della Conferenza possono partecipare, in relazione agli argomenti trattati i Direttori generali delle Aziende sanitarie nonché dirigenti ed esperti appositamente convocati.

5. Le adunanze della Conferenza permanente sono valide se alla seduta partecipano la metà più uno dei componenti. Le determinazioni sono assunte a maggioranza. A parità di voti prevale il voto espresso dal Presidente.

6. Le funzioni di segreteria della Conferenza vengono svolte da funzionari del Dipartimento regionale competente in materia di sanità.

Art. 13

Conferenza dei Sindaci.

1. La Conferenza dei Sindaci, dei comuni compresi all'interno di ciascuna Azienda U.S.L., è lo strumento attraverso il quale i comuni esercitano le funzioni ad essi attribuite dal decreto legislativo di riordino e quelle di cui all'art. 5, comma 2, della presente legge.

2. La funzione della Conferenza dei Sindaci è esercitata tramite una rappresentanza costituita nel suo interno da cinque componenti, di cui uno con la carica di Presidente, eletti dalla stessa Conferenza. Tale rappresentanza assume la denominazione di Comitato dei Sindaci.

3. Il Presidente della Conferenza dei Sindaci e il Comitato dei Sindaci durano in carica quattro anni. La perdita della carica di Sindaco determina anche la perdita del diritto a partecipare ai predetti organismi.

4. Alla scadenza dei quattro anni la Conferenza dei Sindaci procede al rinnovo del Presidente della Conferenza e di quattro membri del Comitato dei Sindaci. Il Presidente della Conferenza fa parte di diritto del Comitato dei Sindaci e assume anche la carica di Presidente del Comitato. Il Presidente della Conferenza dei Sindaci e i quattro membri del Comitato sono eletti dalla Conferenza dei Sindaci secondo le seguenti modalità:

a) ogni Sindaco può votare per un solo candidato;

b) ad ogni Sindaco, nella sua espressione di voto, sono attribuiti tanti voti quanti sono gli abitanti residenti nel suo comune secondo i dati dell'ultimo censimento ISTAT;

c) il Presidente del Comitato dei Sindaci non partecipa alla votazione;

d) risulteranno eletti coloro che raccoglieranno il maggior numero di voti; in caso di parità si procederà al ballottaggio;

e) le procedure di voto sono definite dalla Conferenza dei Sindaci nella seduta di insediamento.

5. Entro trenta giorni dal suo insediamento, il Comitato dei Sindaci si doterà di un proprio regolamento di funzionamento.

6. Le riunioni della Conferenza sono valide quando sia presente, in prima convocazione, la maggioranza e, in seconda convocazione, almeno quattro componenti; le riunioni del Comitato sono valide con la presenza della maggioranza dei suoi componenti.

7. Gli uffici e i servizi dell'Azienda U.S.L. forniranno ogni utile collaborazione ed informazione affinché il Comitato dei Sindaci possa svolgere nelle condizioni ottimali la propria funzione, mentre il supporto amministrativo al Comitato, compreso ogni onere di funzionamento, sarà fornito dal Comune che esprime il Presidente del Comitato stesso.

8. La Conferenza dei Sindaci può essere convocata su richiesta del Comitato dei Sindaci o di almeno sette Sindaci dei comuni della U.S.L. su tutte le questioni inerenti àmbiti sopra distrettuali.

9. Il Presidente della Conferenza o del Comitato può invitare alle riunioni dei rispettivi organismi il Direttore generale della Azienda U.S.L. e/o il Direttore generale delle Aziende ospedaliere, che vi partecipano senza diritto di voto.

10. La Conferenza dei Sindaci esamina annualmente lo stato di attuazione del Piano Attuativo Locale di cui all'art. 40 e la Relazione sanitaria aziendale di cui all'art. 41 e propone aggiornamenti e adeguamenti di obiettivi e priorità per la programmazione aziendale, nonché interventi ed azioni finalizzati a migliorare le condizioni amministrative, organizzative e finanziarie di realizzazione ⁽⁷⁾.

(7) Comma aggiunto dall'art. 17, comma 1, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1.

Art. 14

Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento delle Aziende.

In adempimento di quanto previsto dall'art. 3, comma 1-bis, del decreto legislativo di riordino, il Direttore generale adotta con Atto aziendale di diritto privato l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda sanitaria, sulla base degli indirizzi assegnati dalla Giunta regionale e sulla base dei criteri previsti e fissati con la presente legge. L'Atto viene adottato entro sessanta giorni dalla emanazione degli indirizzi suddetti.

Art. 15

Disciplina dell'organizzazione e del Funzionamento delle Aziende.

1. L'organizzazione delle Aziende sanitarie regionali è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale e da quello regionale.

2. Nel definire la propria organizzazione e funzionamento mediante l'apposito Atto aziendale le Aziende devono ispirarsi ai seguenti criteri:

→ Distinzione tra funzioni direzionali relative al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni;

→ Individuazione dei centri di responsabilità, della autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità, organizzativa, gestionale, tecnico-professionale, clinica e di budget;

→ Flessibilità organizzativa e procedurale che consenta l'adeguamento delle attività in modo da fornire risposte idonee a fronteggiare fenomeni stagionali, momentanei od eccezionali, o per esigenze collegate all'attuazione di specifici programmi sanitari regionali attraverso la costituzione di strutture temporanee;

→ Adozione del modello dipartimentale quale aggregazione di strutture complesse e semplici, omogenee, analoghe, affini o complementari che perseguono comuni finalità;

→ Organizzazione dell'attività distrettuale tale da consentire la necessaria integrazione tra funzioni sanitarie e socio-sanitarie, nonché sociali su delega dei Comuni;

→ Determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi; l'assunzione del personale dovrà avvenire mediante apposita pianificazione delle esigenze, nonché attraverso l'utilizzo delle forme flessibili previste dall'ordinamento che consentano di far fronte ad esigenze di carattere temporaneo;

→ Istituzione dei servizi infermieristico e tecnico sanitario, nel rispetto delle disposizioni della L. 10 agosto 2000, n. 251 ed in prima applicazione dell'art. 7 della legge medesima;

→ Adozione dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati previsti dal decreto legislativo di riordino;

→ Valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda, rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;

→ Armonizzazione degli orari di servizio e di apertura al pubblico delle strutture e degli uffici con le esigenze dell'utenza;

→ Attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;

→ Sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante forme di sperimentazione.

3. L'articolazione di base dell'azienda sanitaria deve essere improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;

b) assistenza distrettuale;

c) assistenza ospedaliera.

4. L'assetto aziendale deve almeno prevedere:

- il distretto, quale articolazione territoriale e organizzativa, dotata di autonomia tecnico/gestionale ed economico finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, destinata ad assicurare alla popolazione di riferimento i servizi di assistenza primaria previsti dall'art. 3-quinquies del decreto legislativo di riordino e successive modificazioni ed integrazioni nonché il coordinamento delle proprie attività con quella di dipartimenti e servizi aziendali inclusi i servizi ospedalieri, secondo le modalità definite dal programma delle attività territoriali;

- il Presidio Ospedaliero, comprendente una o più strutture ospedaliere, quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico/gestionale ed economico/finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, preposta all'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera e prestazioni medico/specialistiche ambulatoriali;

- il dipartimento di prevenzione, quale struttura complessa dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, preposta all'erogazione delle prestazioni di cui alla *L.R. n. 3/1999*.

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

- servizi dipartimentali centrali attestati alla Direzione generale, sanitaria ed Amministrativa, quali strutture complesse di coordinamento e supporto di tutta la struttura aziendale che svolgano in modo coordinato ed integrato, attraverso le unità operative che li compongono, funzioni tra loro

omogenee ed affini, garantendo in particolare l'interdisciplinarietà del lavoro, lo sviluppo ed attività di aggiornamento professionale e di ricerca. I servizi dipartimentali centrali sono di tipo amministrativo e sanitario, hanno autonomia tecnico professionale nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuite nonché autonomia in ordine alla organizzazione e gestione delle risorse assegnate; essi svolgono altresì attività di indirizzo nei confronti delle altre articolazioni aziendali (Distretti, Presidi, Dipartimenti, ecc ..) ai fini di garantire omogeneità nella gestione. I servizi dipartimentali centrali possono essere costituiti in più dipartimenti;

- dipartimenti, quali strutture complesse di livello distrettuale e/o di Presidio Ospedaliero, costituiti da unità operative e da articolazioni di queste ovvero da strutture semplici a valenza dipartimentale, con autonomia tecnico/professionale nonché attribuiti, preposti alla produzione ed erogazione di prestazioni e servizi, nonché alla organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate;

- unità operative, quali strutture organizzative complesse del dipartimento, che aggregano risorse professionali di tipo medico, farmaceutico infermieristico, tecnico amministrativo e finanziario e assicurano la direzione ed organizzazione delle attività di competenza, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del dipartimento di appartenenza.

6. Il Direttore generale può prevedere ulteriori articolazioni delle unità operative siano esse sanitarie o amministrative per la gestione di attività facenti capo alle unità operative medesime ovvero di valenza dipartimentale, nonché articolare strutture temporanee o permanenti per la gestione di programmi particolari o di attività che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

7. Nell'Atto aziendale il territorio aziendale sarà articolato in distretti nel rispetto dei criteri stabiliti dalla presente legge e del Piano sanitario regionale vigente nel tempo.

8. L'Azienda organizzerà i propri dipartimenti sulla base dei criteri presenti, tenendo conto della peculiarità territoriale, evitando la duplicazione di strutture analoghe e la costituzione di dipartimenti costituiti da una sola struttura complessa.

9. L'identificazione delle strutture semplici e complesse, dovrà essere in funzione dell'estensione territoriale dell'Azienda ovvero del numero dei presidi in cui si svolge l'attività dell'unità operativa ovvero della complessità o rilevanza delle funzioni, fatto salvo quanto previsto dall'apposito atto di indirizzo e coordinamento di cui all'art. 8-quater, comma 3, del decreto legislativo di riordino.

10. Il distretto, nel caso in cui il bacino di utenza comprenda una popolazione superiore a 60.000 abitanti si configura come struttura complessa. Negli altri casi il Direttore generale ne valuterà la complessità in ragione delle funzioni attribuite, assegnando quale parametro minimo quello corrispondente ai distretti di 2° livello di cui al Piano sanitario regionale approvato con Delib.C.R. 30 dicembre 1996, n. 478.

11. In presenza di presidi ospedalieri accorpati funzionalmente, la direzione di presidio deve essere unica ed il presidio occupato si configura come struttura complessa.

12. Sono da configurarsi quali strutture semplici le articolazioni di strutture complesse ovvero le articolazioni a valenza dipartimentale non rientranti tra quelle complesse.

13. Il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera, costituita o confermata ai sensi dell'art. 4 del decreto legislativo di riordino, definisce con l'Atto aziendale di cui al precedente art. 4 l'organizzazione ed il funzionamento dell'azienda nel rispetto dei criteri di cui al presente articolo, per quanto compatibili.

14. Le disposizioni del presente articolo si applicano, in quanto compatibili, anche alle sperimentazioni gestionali dell'art. 9-bis del decreto legislativo di riordino.

Art. 16

Gestione Unitaria delle Attività farmaceutiche.

1. Resta ferma la disciplina della gestione unitaria da parte delle Aziende sanitarie U.S.L. n. 2 di Potenza e U.S.L. n. 4 di Matera delle attività di cui agli artt. 4 e 5 della L.R. 24 aprile 1990, n. 19.

2. Le attività di cui al comma precedente sono poste a carico delle articolazioni aziendali competenti in materia di assistenza farmaceutica che le svolgono per conto delle altre Aziende sanitarie appartenenti alle rispettive province.

3. Il personale già assegnato alle Strutture per l'Elaborazione Informatica dell'Assistenza Farmaceutica convenzionata (S.E.I.A.F.) viene attribuito in via prioritaria, nell'ambito della dotazione organica aziendale, alle articolazioni di cui al comma precedente.

4. La Giunta regionale emana in materia apposite direttive per la gestione delle attività da parte delle Aziende sanitarie di cui al comma 1).

Art. 17

Direttore Amministrativo e Direttore sanitario.

1. Il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario sono nominati dal Direttore generale e devono risultare in possesso dei requisiti stabiliti dal comma 7 dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino, In caso di perdita dei requisiti, il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario cessano automaticamente della carica, indipendentemente da qualsiasi previsione contrattuale.

2. Il Direttore Amministrativo, deve produrre, entro diciotto mesi dalla nomina il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di Sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria in analogia di quanto previsto per il Direttore generale dall'art. 3-bis, comma 4, del D.Lgs. di riordino e per il Direttore sanitario dall'art. 1 del D.P.R. n. 484/1997.

3. Il Direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. Il Direttore Amministrativo dirige le unità operative amministrative costituite nell'ambito dell'azienda ed è il responsabile dell'Area dipartimentale delle attività amministrative.

4. Il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario coadiuvano il Direttore generale nella gestione dell'Azienda ospedaliera ed agli stessi si applicano le disposizioni stabilite dalla presente legge per il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario dell'Azienda U.S.L.

5. Il provvedimento di nomina deve essere adottato previo avviso da pubblicare sul Bollettino Ufficiale della Regione Basilicata, almeno venti giorni prima, e deve essere motivato con particolare riferimento alle capacità professionali dei soggetti prescelti, in relazione alle funzioni da svolgere. Si prescinde dalla pubblicazione dell'avviso nel caso di conferma.

6. Il Direttore generale, con provvedimento motivato, può sospendere a risolvere il contratto del Direttore sanitario e del Direttore Amministrativo, dichiarandone, in tal caso, la decadenza e provvedendo alla sostituzione quando ricorrano:

a) gravi motivi;

b) per violazione di leggi o del principio di buon andamento od imparzialità della pubblica amministrazione;

c) per grave motivo costituito dalla reiterata inosservanza delle direttive impartite dal Direttore generale.

La sussistenza o sopravvenienza degli impedimenti di cui all'art. 3, comma 11, del decreto legislativo di riordino è sempre causa di risoluzione del rapporto.

7. La risoluzione del contratto e la dichiarazione di decadenza dovranno comunque essere precedute dalla formale contestazione al Direttore Amministrativo e al Direttore sanitario delle circostanze assunte a base del provvedimento e dell'acquisizione delle relative controdeduzioni, previa assegnazione di un termine non inferiore a venti giorni.

Art. 18

Funzioni del Direttore Amministrativo e del Direttore sanitario.

1. Il Direttore Amministrativo ed il Direttore sanitario sono preposti, per la parte di rispettiva competenza, alla direzione dei servizi delle Aziende sanitarie, garantendo il conseguimento dei suoi obiettivi.

2. Il Direttore Amministrativo e il Direttore sanitario esercitano le funzioni loro attribuite dall'art. 3, comma 7, del decreto legislativo di riordino ed in particolare:

a) Il Direttore Amministrativo:

- fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- adotta le misure organizzative generali in esecuzione delle decisioni del Direttore generale;
- sovrintende al sistema informativo garantendo i necessari collegamenti con il livello regionale;
- dirige l'Area dipartimentale delle attività amministrative;
- promuove e verifica la qualità, l'efficienza e l'efficacia dell'attività svolta dalle unità operative amministrative;
- verifica la spesa;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle unità operative amministrative alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore generale ed ha potere sostitutivo, in caso di inerzia, nei confronti delle stesse;
- provvede a quanto altro demandato, dalla legge e dall'atto aziendale di cui all'art. 14, alla sua competenza;

b) il Direttore sanitario:

- fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari,
- promuove e verifica la qualità delle prestazioni erogate;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle unità operative sanitarie alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore generale ed ha potere sostitutivo, in caso di inerzia, nei confronti delle stesse;
- presiede il Consiglio dei sanitari;
- provvede a quanto altro demandato, dalla legge e dall'Atto aziendale, alla sua competenza.

3. Con l'Atto aziendale di cui all'art. 14 il Direttore generale individua le ulteriori attribuzioni, assegnate e/o delegate ai Direttori Amministrativo e sanitario.

Il trattamento economico del Direttore generale, Amministrativo e sanitario è stabilito con deliberazione della Giunta regionale sulla base di quanto previsto dal D.P.C.M. di cui all'art. 3-bis, comma 8, del decreto legislativo di riordino e comunque in misura tale, nel rispetto dei vincoli posti dal predetto D.P.C.M. da garantire nel corso della durata dell'incarico una remunerazione non inferiore a quella prevista per le posizioni apicali della dirigenza medica ed amministrativa, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro vigenti nel tempo.

Art. 20

Integrazione delle attività Socio assistenziali e sanitarie.

1. La Regione promuove, nei limiti delle norme vigenti, l'integrazione delle attività socio - assistenziali di competenza degli Enti Locali con le attività delle Aziende sanitarie, anche nell'ambito di più generali accordi di programma, fermo restando le competenze delle Aziende sanitarie sulle attività di rilievo sanitario di cui ai progetti-obiettivo nazionali.
2. L'Azienda U.S.L. può assumere la gestione di attività e/o servizi socio-assistenziali su delega degli Enti locali mediante appositi atti d'intesa
3. Oggetto dell'intesa è la specificazione delle singole attività e/o servizi che l'Ente locale intende affidare all'azienda, delle modalità delle prestazioni e di ogni altra condizione.
4. Gli oneri della gestione sono a totale carico degli Enti locali compresi quelli relativi al personale e richiedono specifica contabilizzazione.
5. L'Azienda U.S.L. può procedere all'erogazione delle prestazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle disponibilità finanziarie da parte degli Enti locali deleganti.
6. È istituita, nell'ambito delle Aziende U.S.L., l'area socio-sanitaria ai sensi dell'art. 3-octies del decreto legislativo di riordino.
7. Fino all'adozione dei decreti ministeriali di attuazione della normativa di cui al comma precedente la direzione ed il coordinamento delle attività socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria è attribuita all'area dipartimentale dell'Azienda cui afferiscono le unità operative competenti nelle discipline di cui agli articoli 3-septies e 4 del decreto legislativo di riordino.
8. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionante lo stato di salute.
9. Le prestazioni di cui al comma 1 sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento sulla base delle quote capitarie correlate ai livelli uniformi di assistenza previsti per le prestazioni sociali a rilievo sanitario dall'atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 3-septies, comma 3, del decreto legislativo di riordino.

10. Nel rispetto degli indirizzi del Piano triennale socio-assistenziale regionale la Giunta definisce i criteri e le modalità di accollo degli oneri relativi alle predette prestazioni da parte dei comuni nonché per la integrazione su base distrettuale delle prestazioni che i comuni e le Aziende devono rispettivamente rendere per garantire la gestione di processi assistenziali socio-sanitari.

Art. 21

Coordinamento dei servizi sociali.

1. Nelle aziende U.S.L. per la gestione di attività e/o servizi socio-assistenziali assunti ai sensi dell'art. 3, comma 3, del decreto legislativo di riordino il Direttore generale può, con provvedimento motivato, attribuire ad un dirigente con esperienza nei servizi socio - assistenziali, l'incarico del coordinamento dei servizi sociali ⁽⁸⁾.

2. Il Direttore generale dell'Azienda U.S.L. disciplina con l'Atto aziendale di cui al precedente art. 14 l'attività del coordinatore dei predetti servizi, fissa i suoi compiti e gli assegna le necessarie strutture operative, definisce i rapporti di questo con i direttori amministrativo e sanitario.

3. In sede di stipula dei protocolli d'intesa tra la Azienda sanitaria e la Amministrazione comunale si definiscono gli àmbiti da imputare eventualmente ai comuni.

4. L'incarico di cui al comma 1 deve essere attribuito, ove presente nella dotazione organica dell'Azienda. ad un operatore, in possesso dei requisiti previsti dall'*art. 12, comma 2, lett. a) della legge 8 novembre 2000, n. 328* di riforma dell'Assistenza, appartenente ai profili professionali delle figure professionali sociali fissati con il decreto del ministro per la solidarietà sociale di cui al 1° comma del predetto art. 12.

(8) Comma così corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 21 novembre 2001, n. 75.

Art. 22

Collegio di Direzione.

1. In ogni Azienda U.S.L. ed ospedaliera è costituito il Collegio di direzione per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 17 del decreto legislativo di riordino.

2. Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale. Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per

l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ⁽⁹⁾.

3. Con l'Atto aziendale di cui all'art. 14 il Direttore generale definisce le modalità di funzionamento del collegio.

4. Sono componenti del Collegio di Direzione oltre al Direttore amministrativo e sanitario:

a) Il Direttore del Dipartimento di prevenzione;

b) Il Direttore degli altri Dipartimenti territoriali e/o ospedalieri;

c) Il Direttore del presidio ospedaliero;

d) Il Direttore del distretto;

e) Il Dirigente del servizio di assistenza infermieristica ed ostetrica di cui all'*art. 7, comma 1, della L. 10 agosto 2000, n. 251*, ove esistente;

f) I Dirigenti dei servizi tecnici e riabilitativi di cui all'*art. 7, comma 2, della L. 10 agosto 2000, n. 251*.

g) I Dirigenti di altre strutture aziendali individuati dal Direttore generale.

5. Il Collegio di Direzione dell'Azienda ospedaliera è costituito dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, dal Direttore del presidio e dai Direttori dei dipartimenti, nonché dai dirigenti di cui alla lettera e), f) e g) del comma precedente.

6. Le sedute del Collegio di direzione sono valide se è presente la metà più uno dei suoi componenti.

7. I componenti assenti sono tenuti a motivare e giustificare la propria assenza.

8. Le determinazioni del Collegio sono assunte a maggioranza dei suoi componenti presenti; a parità di voto prevale quello del Presidente.

9. Il Collegio di Direzione concorre alla definizione entro il mese di febbraio di ciascun anno del programma di attività dell'Azienda e garantisce l'efficace e tempestivo svolgimento del processo di definizione e realizzazione degli obiettivi sanitari e di budget, in conformità agli indirizzi della programmazione regionale e aziendale, ed alla corrispondente valutazione dei risultati conseguiti, anche mediante la relazione sanitaria aziendale di cui al successivo art. 41. In caso di mancato o inefficace svolgimento dei compiti, il Direttore Generale procede, previa diffida e compatibilmente con le scelte contenute nell'Atto Aziendale, alla revoca degli incarichi dei componenti e ad una diversa composizione del Collegio ⁽¹⁰⁾.

(9) Comma così sostituito dall'*art. 16, comma 1, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*. Il testo originario era così formulato: «2. Il Direttore generale si avvale del Collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, e per l'utilizzazione delle risorse umane.».

(10) Comma aggiunto dall'*art. 16, comma 2, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1.*

Art. 23

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 svolge attività di consulenza tecnica relativamente alle scelte riguardanti il funzionamento dei servizi sanitari, ed in particolare:
 - a) fornisce parere obbligatorio non vincolante, al Direttore generale per le - attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti;
 - b) fornisce pareri sulle attività di assistenza sanitaria su richiesta del Direttore generale o del Direttore sanitario.
3. I pareri di cui al precedente comma non espressi entro quindici giorni - dal ricevimento della richiesta si intendono resi favorevoli.
4. Il Consiglio dei Sanitari dura in carica cinque anni.
5. Il Direttore generale dell'Azienda fornisce ogni necessario supporto al Consiglio per le sue riunioni.
6. Il Direttore generale può partecipare alle riunioni del Consiglio.
7. La composizione, le modalità di elezione e nomina dei componenti e le norme di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinate dall'Atto Aziendale ⁽¹¹⁾.

(11) Comma aggiunto dall'*art. 16, comma 3, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1.*

Art. 24

Composizione del Consiglio dei sanitari delle aziende U.S.L.

[1. Il Consiglio dei Sanitari delle Aziende U.S.L. è costituito da ventitré componenti, dei quali ventidue elettivi, così suddivisi:

a) quattordici componenti medici:

a1 - quattro medici ospedalieri dirigenti con incarico di struttura complessa;

a2 - quattro medici ospedalieri dirigenti privi di incarico di struttura complessa;

a3 - due medici di attività extra-ospedaliera di cui uno specialista ambulatoriale titolare di rapporto convenzionale con l'Azienda U.S.L.;

a4 - due medici di medicina generale convenzionati con il S.S.R.;

a5 - un medico pediatra di libera scelta convenzionato con il S.S.R.;

a6 - un medico veterinario dipendente dell'Azienda;

b) due farmacisti dei quali uno dipendente dell'Azienda ed uno titolare di farmacia convenzionato con l'Azienda stessa;

c) tre componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere sia di quelle territoriali;

d) due componenti in rappresentanza del personale infermieristico, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere sia di quelle territoriali;

e) un componente eletto tra il personale tecnico sanitario.

2. È membro di diritto del Consiglio dei sanitari il Direttore sanitario, che lo presiede] ⁽¹²⁾.

(12) Comma abrogato dall'*art. 16, comma 4, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*.

Art. 25

Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere.

[1. Il Consiglio dei Sanitari delle Aziende ospedaliere, è costituito da diciassette componenti così suddivisi:

a) otto componenti medici,

a1 - quattro dirigenti medici con incarico di struttura complessa;

a2 - quattro dirigenti medici privi di incarico di struttura complessa;

b) un dirigente laureato non medico;

c) tre infermieri;

d) un tecnico sanitario;

e) un farmacista.

2. Sono, altresì componenti del consiglio dei Sanitari un medico di medicina generale e uno di pediatria di libera scelta convenzionati con il Servizio sanitario regionale eletti tra i titolari di incarico su liste differenziate per provincia.

Le modalità di lezione sono stabilite con provvedimento della Giunta regionale.

3. È membro di diritto del Consiglio dei Sanitari il Direttore sanitario, che lo presiede. I direttori dei dipartimenti ospedalieri partecipano con funzioni consultive]⁽¹³⁾.

(13) Comma abrogato dall'*art. 16, comma 4, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*.

Art. 26

Elezioni e nomina dei Componenti del Consiglio dei sanitari.

[1. Il Direttore generale indice le elezioni del Consiglio dei sanitari entro trenta giorni dalla sua scadenza e, in fase di prima applicazione, entro dieci giorni dall'entrata in vigore della presente legge, affiggendo un manifesto nelle sedi dell'Azienda nel quale siano indicati almeno gli estremi per la presentazione delle candidature e l'esatta ubicazione dei locali dove si svolgeranno le votazioni.

2. Le operazioni di voto dovranno svolgersi entro trenta giorni dalla data di indizione delle elezioni stesse.

3 Il Direttore generale, all'atto della indizione delle elezioni, nomina, altresì, apposita commissione elettorale costituita da un componente per ciascuna categoria rappresentata in seno al Consiglio dei Sanitari.

4. Il Direttore Amministrativo, o un dirigente amministrativo nominato dal Direttore generale, funge da Presidente della commissione.

5. Il Presidente della commissione elettorale, sette giorni prima delle votazioni predispone l'elenco degli elettori diviso per categoria, l'elenco dei candidati diviso per categorie ed il materiale occorrente per le votazioni.

6. Sono elettori ed eleggibili i dipendenti dell'Azienda sanitaria ed i professionisti convenzionati con l'Azienda stessa alla data delle operazioni di voto, appartenenti a ciascuna articolazione della componente elettiva di cui ai precedenti articoli 24 e 25.

7. Le liste così predisposte sono affisse all'albo dell'Azienda cinque giorni prima della data delle elezioni e dovranno contenere l'indicazione del seggio presso il quale ciascun dipendente, in relazione alla sede di lavoro, potrà esprimere il proprio voto, come indicato nei successivi commi del presente articolo.

8. Le candidature dovranno essere presentate dagli stessi candidati al Direttore Amministrativo dell'Azienda entro le ore quattordici del quindicesimo giorno antecedente la data fissata per le

elezioni con una dichiarazione del candidato, resa nella forma dell'atto sostitutivo di notorietà, di possesso dei requisiti di eleggibilità.

9. Con il provvedimento di indizione delle elezioni, il Direttore generale, anche in relazione alle caratteristiche strutturali e logistiche dell'Azienda, costituisce uno o più seggi elettorali e ne fissa la sede.

10. Il seggio è composto da un Presidente e due scrutatori, di cui uno anche con funzione di segretario, scelti nell'ambito del personale del ruolo amministrativo.

11. Le operazioni di voto si svolgono dalle ore otto alle ore venti del giorno fissato per le elezioni.

12. Le votazioni avvengono a scrutinio segreto, mediante schede distinte per ciascuna delle categorie professionali rappresentate.

13. Ciascun elettore riceve solo la scheda relativa alla categoria cui appartiene contenente l'elenco dei candidati in ordine alfabetico e vota, esprimendo una sola preferenza, apponendovi una croce a fianco del nome prescelto.

14. Concluse le operazioni di voto, si procede immediatamente allo spoglio delle schede. Di tutte le operazioni è redatto verbale che, unitamente a tutta la documentazione, viene consegnato, a cura del Presidente del seggio entro le ore quattordici del giorno successivo, alla commissione elettorale.

15. Questa procede alla verifica della regolarità delle procedure svolte, all'esame di eventuali reclami presentati entro le ore venti del giorno successivo a quello delle votazioni e, entro le successive ventiquattro ore, alla proclamazione degli eletti.

16. Sono proclamati eletti dalla Commissione elettorale coloro che hanno ottenuto il maggior numero di preferenze nella propria categoria. A parità di voti risulta eletto il candidato più anziano di età.

17. Sulla base dei risultati proclamati dalla commissione elettorale, il Direttore generale nomina il Consiglio dei Sanitari.

18. Per quanto non disciplinato nel presente articolo il Direttore generale assume le necessarie decisioni per il compiuto e corretto svolgimento delle elezioni] ⁽¹⁴⁾.

(14) Comma abrogato dall'*art. 16, comma 4, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*.

Art. 27

Norme di funzionamento del Consiglio dei Sanitari.

[1. Il Direttore sanitario provvede alle convocazioni delle sedute ed alla stesura degli ordini del giorno, dirige e coordina le discussioni, nonché le operazioni di voto.

2. Nella prima seduta il Direttore sanitario nomina il Vicepresidente ed il segretario tra i componenti del Consiglio stesso, nonché propone per l'approvazione il regolamento di funzionamento.
3. Il regolamento di funzionamento del Consiglio dei Sanitari deve essere approvato nella seduta del suo insediamento o al massimo nella successiva.
4. Il Consiglio dei Sanitari si riunisce su convocazione del Presidente; le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei suoi componenti.
5. Il Consiglio si esprime a maggioranza dei presenti ed in caso di parità di voti prevale il voto di colui che presiede la seduta.
6. I componenti elettivi del Consiglio dei Sanitari e qualunque titolo cessati, sono sostituiti dal Direttore generale mediante utilizzo delle graduatorie di preferenza relative alla categoria di personale di appartenenza.
7. È fatto obbligo per i componenti del Consiglio dei Sanitari partecipare alle sedute dello stesso; le assenze devono essere formalmente giustificate con atto scritto al Presidente e dopo tre assenze prive di valida giustificazione, il Direttore generale provvede, su informazione del Presidente, a dichiarare la decadenza del membro inadempiente ed alla sua sostituzione con il primo dei non eletti della rispettiva componente dell'Azienda] ⁽¹⁵⁾.

(15) Comma abrogato dall'*art. 16, comma 4, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*.

Art. 28

Articolazioni organizzative comuni delle Aziende sanitarie.

1. Con l'Atto aziendale di cui al precedente art. 14 il Direttore generale articola apposite strutture per lo svolgimento delle attività di controllo interno.
2. Le strutture di cui al comma precedente sono preposte alla gestione integrata dell'attività di valutazione e controllo strategico, al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, secondo i principi, e le modalità previste dal *D.Lgs. 30 luglio 1999, n. 286* nel rispetto della vigente normativa in materia di contabilità e di quanto disposto in materia dai contratti collettivi nazionali di lavoro delle aree dirigenziali del Servizio sanitario Nazionale.
3. Alle predette strutture può essere destinato apposito contingente di personale costituito da dirigenti e da altro personale o avvalersi a tempo pieno a parziale, secondo necessità, di consulenti esterni esperti in tecniche di valutazione, di controllo strategico e di controllo di gestione nel rispetto di quanto previsto dall'*art. 7, comma 6, del D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29* e successive modificazioni ed integrazioni, nonché dell'*art. 15-septies* del decreto legislativo di riordino.

4. I dirigenti e gli esperti delle strutture suindicati hanno accesso ai documenti amministrativi e possono richiedere, oralmente o per iscritto, informazioni a tutte le componenti organizzative dell'Azienda.

5. A supporto delle strutture di cui al comma 1 le Aziende istituiscono apposita unità operativa per la gestione del sistema informativo automatizzato. Tale unità operativa ha tra i propri compiti quello di fornire alla Regione, alla Direzione generale ed alle altre strutture aziendali tutti i dati e le informazioni relative al funzionamento dei servizi per consentire l'attività di programmazione e controllo. L'unità operativa adegua la propria attività alle direttive tecniche del sistema informativo regionale previsto dal successivo art. 49, di cui è la componente locale.

6. L'Unità operativa di cui al precedente comma 5 è in posizione di autonomia rispetto alle restanti componenti organizzative dell'Azienda sanitaria.

7. Il responsabile dell'unità operativa di cui al comma precedente è nominato dal Direttore generale tra i dipendenti in possesso della qualifica di analista. Ove tale figura non sia presente nell'organico dell'azienda il Direttore generale può nominare altro dipendente con esperienza nell'informatizzazione dei servizi o, in mancanza, può far ricorso a professionalità esterne, secondo le modalità previste dal decreto legislativo di riordino all'art. 15-septies.

8. Le ulteriori attribuzioni dell'Unità operativa sono definite nell'ambito dell'Atto aziendale di cui all'art. 14.

9. Fermo restando quanto disposto dall'art. 15 della presente legge la Giunta regionale emana apposite linee di indirizzo per l'organizzazione dipartimentale delle Aziende U.S.L. e delle Aziende ospedaliere e per l'articolazione in Distretti sulla base dei criteri stabiliti negli articoli 29, 30 e 31 della presente legge.

10. Nelle A.O. e nella A.S.L., nel rispetto delle disposizioni dell'*art. 1 e dell'art. 7, comma 1, della L. n. 251/2000* è istituito il servizio infermieristico Aziendale. Il servizio infermieristico Aziendale si configura nella struttura organizzata dotata di autonomia tecnico - professionale preposta alla funzione ed al ruolo delle professioni infermieristiche-ostetrica individuale dalla *L. n. 42/1999*, dalla norma istitutiva dei relativi profili professionali, nonché dagli specifici codice deontologici. Il S.I.A. assicura la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa dell'attività assistenziale erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, nonché delle attività alberghiere e di supporto alle prestazioni assistenziali.

Art. 29

Organizzazione Dipartimentale.

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali. Nell'Azienda sanitaria U.S.L. sono individuate a livello di direzione aziendale i servizi dipartimentali centrali, di cui al precedente art. 15, quali aggregazioni organizzative di unità operative dipartimentali, il cui numero e funzioni sono definiti dal Direttore generale sulla base delle esigenze aziendali e tenuto conto delle risorse a disposizione.

2. I servizi dipartimentali centrali sono amministrativi e sanitari.

Nell'ambito di questi ultimi trova collocazione il coordinamento e la direzione delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui al precedente art. 20.

3. Il numero e la denominazione delle unità operative afferenti i servizi dipartimentali centrali sono stabiliti con l'Atto aziendale di cui all'art. 14 sulla base delle necessità derivanti dai carichi di lavoro, delle caratteristiche e della complessità delle attività svolte. L'unità operativa è struttura organizzativa complessa.

4. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è conferito dal Direttore Generale con le modalità di cui all'*art. 15-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modifiche ed integrazioni nell'ambito di una terna di candidati selezionati dalla Commissione esaminatrice tra quelli risultati idonei. La Commissione esaminatrice è nominata dal Direttore Generale ed è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio Sanitario Nazionale, individuati a cura dell'Azienda interessata mediante sorteggio tra i dirigenti preposti a struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico ed inseriti in appositi elenchi tenuti ed aggiornati dal Dipartimento regionale competente, di cui almeno uno in servizio al di fuori del territorio regionale ⁽¹⁶⁾.

5. Il Direttore del servizio dipartimentale centrale conserva la titolarità della Direzione dell'Unità operativa; la direzione del servizio dipartimentale centrale delle attività amministrative è posta in capo al Direttore Amministrativo.

6. L'Atto aziendale può prevedere ulteriori articolazioni delle predette unità operative da attribuire alla responsabilità di altri dirigenti graduandone funzioni e responsabilità.

7. L'Atto aziendale di cui all'art. 14 definisce le attribuzioni, i poteri e, le responsabilità dei Direttori delle diverse articolazioni organizzative aziendali, tenendo conto che l'attribuzione dell'incarico di direzione di dipartimento, in quanto aggregazione di strutture complesse comporta responsabilità sia professionali che gestionali per la razionale e corretta programmazione delle risorse assegnate e al fine della realizzazione degli obiettivi programmati.

8. I dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, interaziendali, rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali. Essi sono preposti al raggiungimento delle seguenti finalità:

a) gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilità interna del personale, per raggiungere il migliore servizio al costo più contenuto;

b) sperimentazione e adozione di modalità organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;

c) coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di studio e di controllo sulla qualità delle prestazioni;

d) miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del dipartimento con particolare riferimento al rispetto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso e al trattamento alberghiero degli utenti;

e) miglioramento della qualità dell'assistenza erogata, da perseguire tramite l'efficiente gestione delle risorse disponibili, nonché tramite l'organizzazione delle attività libero professionali intramurarie e l'organizzazione delle attività di pre-ospedalizzazione, ricovero ordinario e diurno, predisposizione e valutazione di programmi operativi, dimissioni protette.

9. L'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento di Prevenzione sono quelli definiti con la *L.R. n. 3/1999*.

10. Il Dipartimento strutturale è costituito da unità operative analoghe, omogenee, affini e complementari sotto il profilo delle attività o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate, previa aggregazione delle unità operative coinvolte secondo il modello delle aree funzionali omogenee.

11. Il Dipartimento funzionale o per obiettivi è aggregazione di strutture complesse finalizzate ad uno specifico obiettivo.

12. Il Dipartimento interaziendale aggrega strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che appartengono ad aziende diverse. Il loro funzionamento è disciplinato dalle intese di cui al precedente art. 6 comma 9.

13. L'Atto aziendale di cui all'art. 14 individua i casi in cui i dipartimenti delle Aziende sanitarie comprendono strutture ospedaliere ed extraospedaliere e ne definisce le modalità operative.

14. L'incarico di direttore di dipartimento è conferito dal Direttore Generale tenendo conto di quanto previsto dall'*art. 17-bis del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modifiche ed integrazioni, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dai direttori delle unità operative complesse afferenti al dipartimento medesimo⁽¹⁷⁾.

15. Il Direttore di Dipartimento assicura il raggiungimento delle finalità di cui al precedente comma 8 e, in particolare, il coordinamento fra le unità operative che lo compongono e il razionale uso dei fattori produttivi per una gestione economica, efficiente ed efficace nell'ambito delle risorse finanziarie assegnate.

16. Il Direttore di Dipartimento presiede il Comitato di Dipartimento composto dai Direttori delle unità operative facenti parte del Dipartimento stesso, nonché dai responsabili di strutture semplici individuate dal Direttore generale. Il Comitato di dipartimento collabora alla organizzazione del Dipartimento nonché svolge funzioni consultive e propositive.

17. Alle Aziende ospedaliere si applicano in quanto compatibili le norme di organizzazione e gestione previste dalla presente legge per le Aziende U.S.L. con particolare riferimento a quanto disposto in ordine al Presidio ospedaliero del successivo art. 35.

(16) Comma così sostituito dall'*art. 16, comma 5, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*. Il testo originario era così formulato: «4. Il Direttore generale, nel rispetto dei criteri stabiliti dal decreto legislativo di riordino, dal *D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29* e successive modificazioni e dai contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti conferisce gli incarichi di direzione dei servizi dipartimentali centrali e delle unità operative complesse.».

(17) Comma così sostituito dall'*art. 16, comma 6, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*. Il testo originario era così formulato: «14. Il Dipartimento è diretto da uno dei Direttori delle unità operative che lo costituiscono, nominato dal Direttore generale.».

Art. 30
Distretti Sanitari di Base.

[1. I distretti sono articolazioni territoriali e funzionali delle Aziende U.S.L., con caratteristiche di autonomia organizzativa e gestionale nell'ambito degli indirizzi e delle direttive emanate dal Direttore generale, dotati di autonomia tecnico-gestionale economica-finanziaria soggetti a rendicontazione analitica con contabilità separata nell'ambito del Bilancio aziendale la cui organizzazione e funzionamento è definita con l'Atto aziendale di cui all'art. 14.

2. Essi assicurano:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;

b) Il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegato dai comuni;

d) assistenza specialistica ambulatoriale;

e) assistenza infermieristica;

f) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

g) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

h) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

i) attività a servizi di assistenza domiciliare integrata, ivi compresa l'assistenza farmaceutica;

l) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

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

3. I distretti assicurano prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base e specialistica territoriale, sia mediante erogazione diretta, sia organizzando l'accesso dei cittadini ad altri presidi, strutture dell'Azienda U.S.L. o a strutture private accreditate.

4. I distretti svolgono, altresì, le attività socio-assistenziali di base delegate dagli Enti Locali alla Azienda U.S.L. ai sensi del comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo di riordino, assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria.

5. I distretti devono rispondere alle seguenti caratteristiche:

a) flessibilità nell'organizzazione, che deve adeguarsi ai reali bisogni di intervento;

b) metodo di lavoro interdisciplinare attraverso l'integrazione delle competenze provenienti dai diversi servizi della Azienda U.S.L.;

c) orientamento delle attività per progetti e/o per problemi;

d) valorizzazione della funzione chiave dei medici di medicina generale e di pediatria di base convenzionati con il S.S.R. e raccordo delle attività dei medici fra di loro e con le altre strutture sanitarie e sociali, allo scopo di garantire la continuità di trattamento ai singoli utenti, la razionalizzazione dell'accesso alle strutture ospedaliere e la responsabilizzazione nei riguardi della spesa;

e) coordinamento della propria attività con quella dei dipartimenti ed altri servizi aziendali secondo le modalità definite nel programma delle attività territoriali] ⁽¹⁸⁾.

(18) Articolo abrogato dall'art. 4, comma 8, L.R. 1° luglio 2008, n. 12.

Art. 31

Criteri di Organizzazione dei Distretti Sanitari di Base.

[1. Il Direttore generale, con l'Atto aziendale, articola in dischetti il territorio dell'Azienda U.S.L.

2. L'ambito territoriale dei distretti e la sede centrale degli stessi è definito dal Direttore generale dell'Azienda U.S.L., sentito il parere della Conferenza dei Sindaci sulla base dei seguenti criteri:

a) ampiezza della popolazione servita, differenziando quella ricadente in zone rurali e montane e quella in zone urbanizzate;

b) composizione sociale della popolazione, con particolare riferimento alla incidenza di minori, anziani e fasce a rischio;

c) incidenza di rilevanti problemi di degrado ambientale e sociale;

d) flussi gravitazionali tra i comuni ricadenti nel distretto e stato dei collegamenti viari e di trasporto pubblico;

e) delimitazioni che accorpino comunità omogenee di cittadini tali da garantire, comunque, la massima accessibilità alle prestazioni.

3. Il Piano sanitario regionale individua gli standard di riferimento per l'articolazione distrettuale,

4. Il distretto può articolarsi in più aree sub-distrettuali. L'area sub distrettuale individua un modello organizzativo funzionale flessibile tendente a rendere le prestazioni sanitarie dei vari operatori più vicine alla domanda sanitaria.

5. Il Distretto qualora il bacino d'utenza comprenda una popolazione superiore ai 60.000 abitanti si configura quale struttura complessa; negli altri casi il Direttore generale ne valuta la complessità in relazione alle funzioni attribuite.

6. Le risorse di personale assegnato al Distretto per l'esercizio delle funzioni di propria competenza devono essere organizzate in modo da garantire il fabbisogno di prestazioni dell'intero ambito territoriale.

7. Il personale operante nel Distretto, relativamente all'attività sanitaria, o socio-sanitaria e sociale, fa capo al Direttore di Distretto sotto il profilo del coordinamento organizzativo, funzionale, gestionale e di valutazione dei risultati raggiunti rispetto alla pianificazione degli obiettivi distrettuali. Per gli aspetti tecnico-funzionali e clinico funzionali gli operatori si raccordano, attraverso il Direttore di distretto, alle direttive delle aree dipartimentali o ai dipartimenti e presidi competenti nella disciplina.

8. Il personale addetto ad attività amministrative e di supporto alla organizzazione del distretto dipende funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore di Distretto] ⁽¹⁹⁾.

(19) Articolo abrogato dall'*art. 4, comma 8, L.R. 1° luglio 2008, n. 12.*

Art. 32

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, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

2. Il Direttore del Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione generale nonché della gestione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dal personale assegnato per il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

3. Il Direttore del Distretto è responsabile, nella sua qualità di garante delle attività sanitarie ed amministrative assegnate al Distretto, delle seguenti funzioni:

a) analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutico con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;

b) monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto da predisporre, a consuntivo, quale parte integrante della relazione di A.S.L.;

c) gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto;

d) allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali e private accreditate;

e) organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurarne adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità nonché l'integrazione fra gli stessi e gli altri servizi alla persona esistenti nell'ambito territoriale;

f) gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto ed allocazione delle risorse assegnate;

g) coordinamento e concertazione con i responsabili dei dipartimenti territoriali e dei presidi ospedalieri dell'A.S.L. in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari che il Distretto è tenuto a garantire ed alla formazione professionale degli operatori;

h) coordinamento e concertazione con gli organi tecnici e direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio - assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio - sanitario integrate;

i) elaborazione della proposta relativa al Programma delle attività distrettuali.

4. Considerate le suddette funzioni, è necessario che il dirigente individuato per l'incarico sia in possesso di adeguate attitudini relazionali e di comprovate competenze nella gestione e nell'amministrazione delle risorse disponibili a fronte della domanda di servizi, nonché di capacità professionale nella gestione di percorsi di sviluppo organizzativo.

5. Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività distrettuali approvato dal Direttore generale.

6. L'espletamento, a livello di Distretto, delle attività connesse alla funzione di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione, come previsto dal P.S.N., presuppone l'assegnazione all'area di direzione distrettuale di adeguate risorse professionali competenti rispetto alla programmazione, alla gestione organizzativa, alla gestione del budget assegnato al Distretto, alla gestione del sistema informativo, all'analisi ed all'elaborazione dei dati, alla gestione delle relazioni interne ed esterne, nonché un supporto amministrativo all'azione di governo propria del Direttore del Distretto od alle attività di tutte le aree distrettuali.

7. Il Direttore di Distretto supporta la Direzione generale nei rapporti con i Sindaci del Distretto.

8. Al Direttore di Distretto sono attribuite le risorse necessarie per la gestione delle funzioni e degli obiettivi assegnati nel Programma delle attività territoriali, proposto dallo stesso Direttore, sentito il Comitato dei Sindaci di cui al successivo art. 33 ed approvato dal Direttore generale dell'Azienda U.S.L.

9. Il Direttore del Distretto si avvale per l'esercizio delle proprie funzioni di un ufficio di coordinamento che presiede composto da:

→ I responsabili di ciascuna area di attività presente nel distretto;

→ Un rappresentante dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta individuati a seguito di apposita consultazione tra i medici delle medesime categorie operanti nel distretto; in assenza di tale rappresentante, da un medico di medicina generale e da un pediatra di libera scelta, come membri di diritto, e rispettivamente di due medici di medicina generale e di un pediatra di libera scelta eletti tra quelli operanti nel Distretto;

→ Un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto individuato dal Comitato Consultivo zonale previsto dall'Accordo nazionale vigente;

→ Dal responsabile dei Servizi Sociali del comune sede del distretto.

10. L'ufficio di coordinamento svolge funzioni propositive, tecnico consultive e di supporto alle attività del Direttore di Distretto] ⁽²⁰⁾.

(20) Articolo abrogato dall'art. 4, comma 8, L.R. 1° luglio 2008, n. 12.

Art. 33

Il Comitato dei Sindaci del Distretto.

1. Il Comitato dei Sindaci di Distretto è composto da tutti i Sindaci dei comuni facenti parte dell'ambito distrettuale.

2. Il Comitato è presieduto da uno dei Sindaci che lo compongono eletto a maggioranza assoluta dei componenti ed a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di distretto. Il Comitato elegge altresì un vice presidente, per i casi di assenza, vacanza o legittimo impedimento del Presidente.

3. In caso di assenza o legittimo impedimento alle sedute del Comitato partecipa in rappresentanza del Sindaco il Vice Sindaco o un Assessore munito di delega scritta.

4. Alle sedute del Comitato partecipa il Direttore generale o un suo delegato ed il Direttore di Distretto.

5. Il Comitato dei Sindaci, entro 30 giorni dalla sua costituzione ed insediamento approva il regolamento relativo alla propria organizzazione. e funzionamento.

6. Il Comitato è convocato dal Presidente:

→ Per l'esame di proposte o l'espressione di pareri sulle materie di competenza;

→ Su richiesta del Direttore generale dell'Azienda U.S.L.;

→ Quando lo richiede per iscritto almeno un terzo dei suoi componenti.

7. L'incarico di Presidenza del Comitato ha durata quadriennale. La perdita della carica di Sindaco determina la perdita del diritto a partecipare al Comitato. Al posto del Sindaco cessato subentra il sindaco neo eletto, ovvero se il Comune è stato commissariato il Commissario prefettizio. Nel caso in cui la predetta fattispecie riguardi il Presidente del Comitato, fino all'elezione del nuovo Presidente, le funzioni sono svolte dal Vice Presidente.

8. Il Comitato dei Sindaci del Distretto e dell'Ambito socio-territoriale coincidente esamina annualmente lo stato di attuazione del Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari e propone aggiornamenti ed adeguamenti di obiettivi e priorità per la programmazione aziendale e per la programmazione sociale, nonché interventi ed azioni finalizzati a migliorare le condizioni amministrative, organizzative e finanziarie di realizzazione ⁽²¹⁾.

(21) Comma aggiunto dall'*art. 17, comma 2, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1.*

Art. 34

Programma delle attività distrettuali.

1. Il Programma delle attività distrettuali è approvato dal Direttore generale, su proposta del Direttore di Distretto, sentito il Comitato dei Sindaci del Distretto.

2. Il programma definisce gli obiettivi da perseguire in attuazione delle indicazioni della direzione aziendale e sulla base dei fabbisogni del territorio di riferimento nonché le attività da svolgere, le modalità operative e la distribuzione delle risorse assegnate dalla Direzione generale tra i vari settori.

3. Il programma definisce altresì le modalità di verifica periodica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati per consentire un costante adeguamento degli obiettivi medesimi.

4. Nel Programma devono essere inoltre indicate le modalità di integrazione tra le attività sanitarie, socio-sanitarie ed assistenziali per offrire al cittadino interventi coordinati ed efficaci.

5. Il Direttore del Distretto acquisisce sullo schema di programma e prima del parere del comitato dei Sindaci, le osservazioni e proposte dell'ufficio di coordinamento di cui al precedente art. 32.

Art. 35
Presidio Ospedaliero.

1. Il Presidio Ospedaliero é la struttura dell'Azienda U.S.L dotata delle attrezzature e del personale necessari per garantire l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera e prestazioni medico-specialistiche ambulatoriali ivi comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio. Gli ospedali, eventualmente accorpati ai fini funzionali ai sensi dell'art. 4, comma 9, del decreto legislativo di riordino, costituiscono un unico presidio.
2. Gli ospedali presenti sul territorio regionale costituiscono la rete dei servizi ospedalieri, gerarchicamente e funzionalmente organizzata secondo le indicazioni stabilite dal Piano sanitario regionale. In ciascun Presidio Ospedaliero l'organizzazione è basata sul modello dipartimentale, sulla base dei criteri di cui al precedente art. 29.
3. Il Presidio Ospedaliero ha autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda U.S.L.

Art. 36
Dirigenti del Presidio Ospedaliero.

1. Nell'ambito di ciascun Presidio Ospedaliero sono previsti un dirigente amministrativo ed un dirigente medico.
2. Il Dirigente medico è dirigente di struttura complessa ed il conferimento dell'incarico segue le procedure disciplinate dall'art. 15, comma 7, del decreto legislativo di riordino.
3. Alla nomina del dirigente amministrativo provvede il Direttore generale.
4. Il dirigente amministrativo ed il dirigente medico concorrono, secondo le rispettive competenze al conseguimento degli obiettivi fissati dal Direttore generale ed in particolare:
 - a) il dirigente amministrativo è responsabile delle funzioni di coordinamento amministrativo del Presidio. Al Dirigente amministrativo del presidio possono venire attribuite anche funzioni di coordinamento delle attività amministrative delle strutture distrettuali dello stesso ambito territoriale, con apposita disposizione del Direttore generale. In caso di carenza di dirigenti il Direttore generale può attribuire, temporaneamente, le funzioni di coordinamento ad un funzionario amministrativo;

b) il dirigente medico è responsabile delle funzioni igienico - organizzative ed allo stesso fanno capo le attribuzioni già previste per il Direttore sanitario di ospedale dall'*art. 5 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128*.

5. Le ulteriori attribuzioni, competenze, responsabilità e risorse sono definiti dal Direttore generale con l'Atto aziendale di cui all'art. 14. Con il medesimo Atto il Direttore generale può stabilire che la responsabilità gestionale complessiva del Presidio Ospedaliero sia attribuita in capo ad uno dei due dirigenti di cui al primo comma.

Art. 37

Rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Università.

1. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale i rapporti tra la Regione, le Aziende Sanitarie regionali e le Università sono disciplinati da specifici protocolli d'intesa ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo di riordino.

2. Analoghi protocolli possono essere stipulati con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico e di diritto privato.

3. La Regione, le Aziende Sanitarie e le Università stipulano i precitati protocolli finalizzati a:

a) disciplinare le modalità della reciproca collaborazione al fine di soddisfare le specifiche esigenze del Servizio Sanitario Nazionale connesse alla formazione degli specializzandi per l'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale;

b) disciplinare le modalità di collaborazione per soddisfare le esigenze derivanti dalla formazione pre-laurea e post-laurea anche nell'ambito della formazione del medico di medicina generale;

c) disciplinare le modalità di collaborazione per la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione di cui all'*art. 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341* e successive modificazioni e integrazioni.

4. I protocolli d'intesa, di cui al presente articolo, sono approvati dalla Giunta regionale in conformità con le linee-guida di cui all'*art. 6 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modifiche ed integrazioni, previo parere della competente commissione consiliare⁽²²⁾.

5. L'apporto delle Facoltà di Medicina alle attività assistenziali del Servizio Sanitario regionale, può realizzarsi attraverso convenzioni da stipularsi tra le Aziende Sanitarie e le Università, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali ed a seguito di apposita autorizzazione regionale⁽²³⁾.

(22) Comma così sostituito dall'*art. 14, comma 2, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*. Il testo precedente era così formulato: «4. I protocolli d'intesa, di cui al presente articolo sono approvati dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta.».

(23) Articolo così sostituito dall'*art. 15, comma 1, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7*, poi così modificato come indicato nella nota che precede. Il testo originario era così formulato: «Art. 37. Rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le Università.».

1. Nell'ambito della programmazione sanitaria regionale i rapporti tra la Regione, le Aziende sanitarie regionali e le Università sono disciplinati da specifici protocolli d'intesa ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo di riordino.

2. Analoghi protocolli possono essere stipulati con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico e di diritto privato,

3. La Regione e le Università stipulano i precitati protocolli finalizzati a:

a) regolamentare, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali, l'apporto delle facoltà di medicina alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale.

b) disciplinare le modalità della reciproca collaborazione al fine di soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario Nazionale connesse alla formazione degli specializzandi per l'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario Nazionale;

c) disciplinare le modalità di collaborazione per soddisfare le esigenze derivanti dalla formazione pre-laurea e post-laurea anche nell'ambito della formazione del medico di medicina generale;

d) disciplinare le modalità di collaborazione per la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione di cui all'*art. 2 L. 19 novembre 1990, n. 341* e successive modificazioni e integrazioni.

4. I protocolli d'intesa, di cui al presente articolo sono approvati dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta, sulla base delle linee guida ex *art. 6 D.Lgs. n. 502/1992.*».

Art. 38

Piano sanitario regionale.

1. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi volti a soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale. Il Piano regionale assume a riferimento gli obiettivi del Piano sanitario nazionale ed è coerente con quanto previsto dal programma regionale di sviluppo e dalle relative politiche di bilancio della Regione.

2. Il Piano sanitario regionale è adottato con deliberazione del Consiglio regionale, sulla base dello schema proposto dalla Giunta regionale, che provvede ad acquisire il parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui al precedente art. 12,

nonché quello del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 1, comma 14, del decreto legislativo di riordino,

3. Il Piano sanitario regionale ha durata, di norma, triennale. Esso è adottato o adeguato entro centocinquanta giorni dalla entrata in vigore del Piano sanitario nazionale.

4. Il Piano sanitario regionale definisce per il periodo di riferimento:

a) i livelli essenziali uniformi di assistenza da assicurare in riferimento ai bisogni di salute ai cittadini sul territorio della regione, sulla base delle risorse disponibili e garantendo il rispetto dei principi della dignità della persona umana, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza;

b) le priorità degli interventi necessari per il riequilibrio territoriale dei servizi sanitari nonché per il superamento di condizioni critiche evidenziate anche attraverso indicatori epidemiologici e clinici;

c) I vincoli finanziari relativi da attribuire, anche in via tendenziale, a ciascun livello di assistenza;

d) I criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza erogati in rapporto a quelli previsti;

e) le azioni programmate di rilievo regionale;

f) I progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e di quelli socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali, tenuto conto del Piano Socio Assistenziale regionale e dei Piani di Zona dei Comuni;

g) I criteri per la definizione del fabbisogno di assistenza delle funzioni sanitarie individuate nell'ambito dei livelli essenziali uniformi di assistenza di cui all'art. 8-quater del decreto legislativo di riordino,

h) I criteri di individuazione degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva al fini del rilascio delle autorizzazioni di cui all'art. 8-ter del decreto legislativo di riordino;

i) I criteri per la definizione degli ambiti di applicazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies del decreto legislativo di riordino;

j) I criteri e le modalità di determinazione delle tariffe anche in relazione alle diverse tipologie dei soggetti erogatori nel rispetto di quanto previsto all'art. 8-sexies del decreto legislativo di riordino;

k) i criteri per l'individuazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogabili in forma indiretta e della misura del rimborso a carico del Servizio sanitario regionale, secondo quanto previsto dall'art. 8-septies del decreto legislativo di riordino.

5. Le indicazioni contenute nel Piano sono vincolanti per le Aziende sanitarie se non disposto diversamente dal Piano medesimo.

6. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, può disporre in ogni momento l'aggiornamento del Piano o di parte di esso, ove se ne ravvisi la necessità.

Art. 39

Attuazione del Piano sanitario regionale.

1. Il Piano sanitario regionale trova realizzazione attraverso i piani attuativi delle aziende sanitarie di cui al successivo art. 40.

2. La Giunta regionale sovrintende all'attuazione del Piano sanitario regionale e a tal fine

a) promuove e indirizza la formulazione da parte delle aziende sanitarie dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie sui risultati conseguiti annualmente anche attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico-operativo;

b) esercita il controllo sulla conformità dei piani attuativi e la congruenza delle attività programmate alle disposizioni del Piano sanitario regionale, dettando eventuali prescrizioni.

Art. 40

Piani attuativi.

1. Il piano attuativo è lo strumento fondamentale di pianificazione delle attività aziendali.

2. Esso viene adottato annualmente, secondo il principio dello scorrimento triennale rispetto agli obiettivi del Piano sanitario regionale, avvalendosi del Collegio di Direzione e sentito il Consiglio dei Sanitari.

3. Il piano attuativo nel rispetto della pianificazione regionale:

a) definisce gli obiettivi e i risultati di gestione da raggiungere;

b) Individua gli strumenti di controllo dei risultati, sia sul piano della gestione che della qualità della prestazione;

c) definisce, in rapporto agli obiettivi prestabiliti e ai livelli di assistenza da raggiungere, le attività da svolgere assegnandole alle diverse strutture aziendali;

d) determina le risorse materiali e di personale occorrenti, le modalità di reperimento nonché il programma di utilizzo delle stesse;

e) predisporre piani d'investimento per l'ampliamento e/o l'ammodernamento delle strutture e per l'acquisizione delle tecnologie sanitarie sulla base delle risorse assegnate o comunque disponibili a tal fine.

Art. 41

Relazione sanitaria Aziendale.

1. Il Direttore generale, avvalendosi del Collegio di Direzione e sentito il Consiglio dei Sanitari, redige ogni anno la relazione sanitaria aziendale contenente le informazioni relative al quadro epidemiologico, alle attività e all'utilizzo delle risorse umane e materiali delle Aziende U.S.L.
 2. Tale relazione è inviata al Presidente della Giunta regionale, al Dipartimento regionale competente in materia di Sanità, alla Commissione Consiliare permanente competente per materia nonché per le Aziende U.S.L. alla Conferenza dei Sindaci ovvero per le Aziende ospedaliere alla Conferenza permanente di cui all'art. 12 della presente legge.
-

Art. 42

Le Sperimentazioni gestionali.

1. La Regione aderisce alle iniziative di sperimentazione gestionali, sia regionali che interregionali ai sensi dell'art. 9-bis del decreto legislativo di riordino.
 2. A tal fine la Regione propone programmi di sperimentazione coerenti con le previsioni del Piano sanitario regionale, alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nel rispetto delle direttive da quest'ultima eventualmente emanate, ai fini della autorizzazione.
-

Art. 43

Vigilanza.

1. La Regione esercita la vigilanza sulle Aziende sanitarie mediante l'attività ispettiva svolta dalle strutture del Dipartimento regionale competente in materia di Sanità appositamente individuate dal suo Dirigente generale.

2. Le Aziende sanitarie forniscono al Dipartimento regionale di cui al comma precedente, nei tempi e con le modalità stabilite dallo stesso, tutte le informazioni necessarie per la valutazione delle loro attività.

Art. 44
Controllo sugli Atti.

1. Sono soggetti al controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti delle aziende sanitarie:

- a) tuffi gli atti di bilancio;
- b) determinazione complessiva della dotazione organica;
- c) piani attuativi di cui ai precedenti art. 39 e 40.

Sono altresì soggette, da parte della Giunta regionale, a verifiche di conformità alle linee generali emanate in materia:

- d) Atto aziendale di cui all'art. 14 della presente legge;
- e) regolamenti di organizzazione.

2. La Giunta regionale esercita il controllo sugli atti di cui al comma 1 entro quaranta giorni dal ricevimento. Decorso tale termine senza che sia intervenuta alcuna comunicazione al riguardo, gli atti si intendono approvati.

3. Il termine di cui al comma 2 è interrotto per una sola volta se prima della scadenza la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'ente deliberante; per effetto dell'interruzione il periodo di cui al comma 2 decorre nuovamente dal momento della ricezione degli atti richiesti. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti di cui al comma 1 è sospeso dal 10 al 25 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio; in tal caso il termine riprende a decorrere dal giorno successivo a quello finale dei periodi suddetti ⁽²⁴⁾.

4. La Giunta regionale, con direttiva vincolante, fissa le modalità ed i tempi per la trasmissione degli atti soggetti a controllo.

5. È istituito un apposito albo presso la sede centrale delle aziende sanitarie dove sono affissi tutti gli atti adottati dal Direttore generale.

6. Sono affissi; altresì nel predetto albo o negli albi istituiti appositamente presso le sedi decentrate, gli atti dei dirigenti relativi alle materie di competenza del Direttore generale ad essi espressamente delegati.

7. Gli atti soggetti al controllo preventivo di cui al comma 1 sono affissi all'albo dal momento della loro adozione fino all'approvazione da parte della Giunta regionale.

8. Tutti gli altri atti diventano esecutivi dopo cinque giorni dalla loro affissione all'albo ma, per ragioni di urgenza, possono essere dichiarati immediatamente eseguibili.

(24) Comma così sostituito dall'*art. 18, comma 4, L.R. 30 gennaio 2007, n. 1*. Il testo originario era così formulato: «3. Il termine di cui al comma 2 è interrotto per una sola volta se prima della scadenza, la Giunta regionale chiede chiarimenti o elementi integrativi di giudizio all'ente deliberante: in tal caso il termine riprende a decorrere dal momento della ricezione degli atti richiesti.».

Art. 45 *Controllo di qualità.*

1. La qualità dell'assistenza è obiettivo primario del Servizio sanitario regionale,
 2. Alla scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, le Aziende sanitarie adottano, in via ordinaria, il metodo della verifica e della revisione della qualità e quantità delle prestazioni delle Aziende, nonché del loro costo.
 3. A tal fine il Direttore generale specifica gli indicatori dell'Azienda, previsti con il Decreto ministeriale di cui all'art. 10, comma 3, del decreto legislativo di riordino, definendo un sistema di indicatori così costituito:
 - a) indicatori di governo, sulla base di disposizioni statali e regionali;
 - b) indicatori del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti;
 - c) indicatori relativi alla qualità degli interventi e delle procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali adottate nelle strutture di erogazione dell'assistenza;
 - d) indicatori sui risultati delle attività preventive, curative e riabilitative.
 4. Il Direttore generale dell'Azienda programma studi di VRQ costituendo apposite commissioni professionali, secondo le norme vigenti in materia, avvalendosi anche del rapporto del Direttore Amministrativo, del Direttore sanitario, del Collegio di Direzione, del Consiglio dei Sanitari e del coordinatore dei servizi sociali, ove presente.
-
-

Art. 46

Partecipazione dei cittadini, tutela dei diritti dell'utenza ed utilizzazione delle attività di volontariato.

1. La Regione promuove e verifica le condizioni per la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni rappresentative.
2. È competenza della Regione, nell'ambito del Piano sanitario regionale:
 - a) assicurare il coordinamento ed il monitoraggio delle attività relativa alla definizione degli indicatori ed alla verifica degli standard di qualità di cui all'art. 14, comma 1, del decreto legislativo di riordino;
 - b) sovrintendere al processo di attuazione delle carte dei servizi, anche impartendo direttive per la loro omogenea definizione;
 - c) impartire direttive alle Aziende sanitarie, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la condizione fondamentale per assicurare ai cittadini l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie e la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, verificandone annualmente i risultati;
 - d) definire i criteri e le modalità di partecipazione autonoma e collaborativa dei cittadini, delle loro organizzazioni, nonché degli organismi di volontariato e di tutela, alle iniziative di verifica della funzionalità e della qualità dei servizi al livello delle Aziende sanitarie,
 - e) vigilare nel rispetto dell'obbligo di convocazione della conferenza dei servizi da parte delle Aziende sanitarie;
 - f) definire i contenuti obbligatori dei protocolli d'intesa tra Aziende sanitarie e le organizzazioni rappresentative dei cittadini.
3. La Regione individua quali specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati:
 - a) la carta dei servizi di cui alla legge 11 luglio 1993, n. 273 (Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni),
 - b) la conferenza dei servizi di cui all'art. 14, comma 4, del decreto legislativo di riordino;
 - c) i protocolli d'intesa di cui al comma 7 del medesimo articolo 14 del decreto delegato.
4. Le Aziende sanitarie approvano e aggiornano annualmente la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti.
5. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività, alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.

6. Le Aziende assicurano specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione.

7. Le Aziende sanitarie ai fini di cui al comma 6 assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti,

8. Le Aziende sanitarie individuano la collocazione, i compiti e le funzioni dell'ufficio, relazioni con il pubblico, tenendo conto delle disposizioni della *legge n. 150/2000* e del relativo regolamento di Attuazione.

9. Le Aziende sanitarie costituiscono appositi punti informativi, a disposizione degli utenti sulle prestazioni erogate nell'ambito del territorio di riferimento, e per un orientamento sull'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della regione. A tal fine le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di coordinare ed integrare le attività dirette all'informazione dei cittadini.

10. Le carte dei servizi sono sottoposte a verifica periodica, almeno annuale, nell'ambito della conferenza dei servizi di cui al comma 11.

11. Il Direttore generale d'intesa con la Conferenza dei Sindaci indice una conferenza dei servizi al fine di verificare l'attuazione della carta dei servizi rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

12. Alla conferenza dei servizi devono comunque essere invitati i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato i protocolli di intesa di cui al comma 13.

13. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie e le associazioni di volontariato e di tutela stipulano accordi sulle modalità di confronto permanente inerenti le tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì la concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione, il rispetto di quanto previsto dai commi 4, 11 e 13 costituisce elemento di valutazione dell'attività del Direttore generale.

14. Le associazioni di volontariato concorrono alle finalità del Servizio sanitario regionale sulla base di apposite convenzioni stipulate dalle Aziende sanitarie nel rispetto delle leggi di settore.

15. La Giunta regionale definisce i casi in cui, in relazione ad esigenze di omogeneità e di uniformità, le convenzioni di cui al comma 14 sono stipulate, a livello regionale, nonché la modalità di accollo degli eventuali oneri.

Art. 47

Espletamento delle funzioni di competenza regionale in materia di Sanità.

1. La Regione per il corretto espletamento delle proprie funzioni in materia di programmazione, controllo e valutazione della qualità del Servizio sanitario regionale si avvale delle strutture del Dipartimento regionale competente per materia nonché delle professionalità presenti negli organici delle Aziende sanitarie.

2. L'utilizzo o il distacco del personale delle Aziende Sanitarie USL ed Azienda Ospedaliera è definito mediante intese con le stesse. Il personale delle Aziende può essere utilizzato o distaccato a tempo pieno o a tempo parziale, nell'ambito dell'orario di servizio o al di fuori dello stesso, presso il Dipartimento regionale competente in materia sanitaria, nonché può essere inserito in gruppi di lavoro o di studio istituiti dallo stesso. Durante il periodo di utilizzo o di distacco presso la Regione il dipendente mantiene il rapporto di impiego con l'Azienda Sanitaria USL od Azienda Ospedaliera di appartenenza, è soggetto alla disciplina giuridica ed economica prevista dal contratto collettivo nazionale ed integrativo degli enti del S.S.N., ma è funzionalmente dipendente dall'Ufficio regionale presso il quale viene utilizzato o distaccato. Gli oneri relativi all'utilizzo o al distacco del personale faranno carico al Fondo Sanitario regionale ⁽²⁵⁾.

3. Per il supporto delle proprie funzioni, l'Assessore titolare della delega in materia di sanità può avvalersi di determinate professionalità o di gruppi operativi costituiti in uffici di staff, anche a carattere temporaneo, con il possibile ricorso a consulenze esterne ai sensi dell'*art. 7, comma 6, del D.Lgs. n. 29/1993* e successive modificazioni ed integrazioni.

(25) Il presente comma, già corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 21 novembre 2001, n. 75, è stato successivamente così sostituito dall'*art. 15, comma 2, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7*. Il testo precedente era così formulato: «2. L'utilizzo del personale delle Aziende è definito mediante intese con le stesse. Il personale delle Aziende può essere utilizzato nell'ambito dell'orario di servizio, al di fuori dell'orario di servizio, a tempo pieno o a tempo parziale, ovvero in gruppi di lavoro e di studio su tematiche specifiche. Gli oneri relativi all'utilizzo del personale, fanno carico al fondo sanitario regionale.».

Art. 48

L'Osservatorio Epidemiologico regionale.

1. È istituito l'Osservatorio Epidemiologico regionale, che ha il compito di organizzare la rete di osservazione epidemiologica regionale. A tal fine, l'osservatorio dirige e coordina le unità di rilevazione epidemiologica operanti nelle strutture del Servizio sanitario regionale. È compito dell'Osservatorio:

- a) promuovere ai vari livelli la costituzione di adeguati strumenti di rilevazione epidemiologica;
- b) procedere all'elaborazione, valutazione ed eventuale valorizzazione del dato rilevato;
- c) dar corso a indagini sistematiche di tipo epidemiologico statistico;

d) progettare ed eseguire indagini e ricerche atte a migliorare e tutelare lo stato di salute dei cittadini sia nell'ambiente di vita che di lavoro;

e) identificare e quantificare le condizioni morbose che si manifestano con maggiore frequenza sul territorio e le eventuali condizioni di rischio ad essere correlate;

f) valutare la quantità e qualità dei servizi forniti in rapporto ai bisogni sanitari espressi dalla popolazione,

g) aggiornare periodicamente gli operatori del Servizio sanitario regionale.

2. La struttura organizzativa dell'O.E.R. è definita dalla Giunta regionale nell'ambito dell'organizzazione dei Dipartimenti regionali.

3. Il Registro Tumori della Regione Basilicata è gestito dal CROB, nel rispetto delle direttive enunciate Giunta regionale.

Art. 49

Sistema Informativo regionale.

1. Per il controllo dei livelli delle prestazioni erogate nelle strutture pubbliche e private, nonché per il monitoraggio delle stesse ai fini della compensazione della mobilità sanitaria il Dipartimento regionale competente in materia di sanità si avvale del Sistema Informativo del Servizio sanitario regionale.

2. Il Sistema Informativo sanitario coordina le proprie attività, per quanto di competenza, con quelle dell'Autorità per l'Informatica regionale - Ufficio S.I.R.

3. Il sistema informativo del Servizio sanitario regionale svolge, in particolare i seguenti compiti:

a) fornisce alle strutture del Servizio sanitario regionale il necessario supporto per un corretto funzionamento dei servizi da queste ultime erogate;

b) garantisce alla Regione un flusso di informazioni in grado di consentire un adeguato svolgimento della propria attività di programmazione e di indirizzo;

c) offre in accordo con le altre strutture sanitarie ai cittadini ed agli operatori del Servizio sanitario regionale dati ed informazioni sull'attività svolta e sulle prestazioni erogate ai fini di educazione sanitaria, partecipazione e controllo.

4. Il sistema informativo del Servizio sanitario regionale è preposto al coordinamento dei sistemi informativi delle Aziende sanitarie, nei cui confronti emana direttive tecniche di funzionamento, nel rispetto delle disposizioni emanate dall'Autorità per l'informatica regionale,

Art. 50
Comitato dei garanti.

1. Il Comitato dei garanti, istituito ai sensi dell'articolo 23 dei C.C.N.N. 1998/2001 del personale della dirigenza del settore sanità e sue successive modificazioni ed integrazioni è nominato dalla Giunta regionale che provvede altresì alla determinazione del compenso spettante ai componenti nei limiti delle tariffe individuate dal *D.M. 1° febbraio 2000* del Ministero della salute.
2. Gli oneri economici di cui al comma 1 sono posti a carico delle Aziende Sanitarie proponenti i provvedimenti obbligatori e vincolanti previsti dalle disposizioni contrattuali richiamate.
3. Il Comitato dei garanti ha sede presso il Dipartimento regionale "Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale, Servizi alla persona e alla comunità" che assicura il necessario supporto organizzativo e le funzioni di segreteria ⁽²⁶⁾.

(26) Articolo così sostituito dall'*art. 20, L.R. 4 agosto 2006, n. 18*. Il testo originario era così formulato: «Art. 50. Ulteriori disposizioni in materia sanitaria. 1. Ai componenti esterni del comitato dei garanti, previsto dalla contrattazione collettiva nazionale di lavoro delle aree dirigenziali, chiamato ad esprimere parere preventivo sulle ipotesi di recesso proposte dalle Aziende sanitarie nei confronti dei dirigenti, ovvero ad altri organismi eventualmente previsti dalla disciplina contrattuale aventi le medesime attribuzioni compete, per ogni riunione, un gettone di presenza pari a lire 250.000, con il limite di Lire 1.500.000 per ogni procedimento esaminato.

2. La Giunta regionale, con proprio provvedimento procederà all'adeguamento del compenso con cadenza biennale dalla data di entrata in vigore della presente legge.
3. L'onere è posto a carico della parte soccombente.».

Art. 51
Successione nei rapporti giuridici.

1. Le Aziende del Servizio sanitario regionale subentrano in tutti i procedimenti giuridici in corso e nei rapporti giuridici attivi e passivi già posti in essere dalle UU.SS.LL.
 2. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge sono trasferiti al patrimonio delle Aziende sanitarie con i criteri di cui al successivo art. 52 i beni mobili, immobili e le attrezzature che alla data di entrata in vigore del *decreto legislativo n. 502/1992*, appartenevano al patrimonio dei comuni e delle province, con vincolo di destinazione alle UU.SS.LL., e per i quali il trasferimento non sia stato ancora definito ai sensi degli *articoli 49 e 50 della L.R. 10 giugno 1996, n. 27*.
-

Art. 52

Criteri per l'individuazione dei rapporti giuridici e dei beni da trasferirsi alle Aziende UU.SS.LL. ed alle Aziende ospedaliere.

1. All'individuazione dei rapporti giuridici da trasferire alle Aziende U.S.L. ed alle Aziende ospedaliere si procede secondo i seguenti criteri:

a) i procedimenti amministrativi in corso ed i rapporti giuridici attivi e passivi già posti in essere dalle UU.SS.LL. sono ripartiti tra le Aziende U.S.L. e le Aziende ospedaliere sulla base dell'individuazione della struttura destinataria degli effetti del procedimento o del rapporto giuridico. In presenza di più strutture destinatarie i rapporti giuridici e i procedimenti amministrativi sono ripartiti secondo il criterio della prevalenza;

b) al trasferimento dei beni immobili, mobili registrati, mobili e attrezzature, secondo la individuazione del soggetto utilizzatore degli stessi. In particolare:

b1. - sono trasferiti al patrimonio delle Aziende ospedaliere i beni immobili, mobili registrati, mobili e attrezzature che alla data di entrata in vigore del *D.Lgs. n. 502/1992* facevano parte del patrimonio dei comuni e delle province con vincolo di destinazione ai presidi ospedalieri successivamente costituiti in Aziende;

b2. - sono trasferiti al patrimonio delle Aziende U.S.L. tutti i beni immobili, mobili registrati, mobili e attrezzature non ricomprese nelle categorie indicati al precedente comma b1, con vincolo di destinazione ad attività sanitaria ed ospedaliera, nonché i beni di cui all'*art. 65, comma 1, della legge 23 dicembre 1978, n. 833* come sostituito dall'*art. 21 del D.L. 12 settembre 1983, n. 463*, convertito con modificazioni nella *legge 11 novembre 1983, n. 638*, previsti dagli appositi decreti interministeriali.

2. All'individuazione dei beni e delle attrezzature da trasferire provvede l'Azienda Sanitaria U.S.L. o Ospedaliera interessata. Il provvedimento di trasferimento dell'Ente titolare dei beni e delle attrezzature costituisce titolo per ogni conseguente adempimento, compresa la trascrizione, la quale, ai sensi e per gli effetti dell'*art. 5 comma 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*, è esente da ogni onere relativo ad imposte e tasse ⁽²⁷⁾.

2-bis. In presenza di più soggetti utilizzatori dei beni e delle attrezzature indicati nel presente articolo, si fa riferimento al criterio della prevalenza ⁽²⁸⁾.

2-ter. Nel caso in cui gli Enti titolari dei beni e delle attrezzature da trasferire non abbiano provveduto al trasferimento entro il termine previsto dall'*art. 51 comma 2* della presente legge, il competente Dipartimento regionale, su istanza degli Enti destinatari attestante la trasferibilità al patrimonio aziendale dei beni e delle attrezzature e corredata dalla documentazione identificativa degli stessi, assegna il termine di 60 giorni all'Ente inadempiente, trascorso il quale, in caso di ulteriore inerzia, la Giunta regionale esercita i poteri sostitutivi nominando uno o più commissari ad acta ⁽²⁹⁾.

(27) Gli attuali commi da 2 a 2-ter così sostituiscono l'originario comma 2, per effetto dell'*art. 15, comma 3, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7*. Il testo del comma sostituito era il seguente: «2. In presenza di più soggetti utilizzatori dei beni e delle attrezzature indicati nel presente articolo, si fa riferimento al criterio della prevalenza. In caso di contrasto tra l'Ente che deve trasferire e l'Azienda sanitaria U.S.L. ed ospedaliera circa la trasferibilità del bene decide la Giunta regionale. In caso di inadempimento, la Giunta regionale adotta i poteri sostitutivi nel rispetto delle vigenti disposizioni normative.».

(28) Gli attuali commi da 2 a 2-ter così sostituiscono l'originario comma 2, per effetto dell'*art. 15, comma 3, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7*. Il testo del comma sostituito era il seguente: «2. In presenza di più soggetti utilizzatori dei beni e delle attrezzature indicati nel presente articolo, si fa riferimento al criterio della prevalenza. In caso di contrasto tra l'Ente che deve trasferire e l'Azienda sanitaria U.S.L. ed ospedaliera circa la trasferibilità del bene decide la Giunta regionale. In caso di inadempimento, la Giunta regionale adotta i poteri sostitutivi nel rispetto delle vigenti disposizioni normative.».

(29) Gli attuali commi da 2 a 2-ter così sostituiscono l'originario comma 2, per effetto dell'*art. 15, comma 3, L.R. 4 febbraio 2003, n. 7*. Il testo del comma sostituito era il seguente: «2. In presenza di più soggetti utilizzatori dei beni e delle attrezzature indicati nel presente articolo, si fa riferimento al criterio della prevalenza. In caso di contrasto tra l'Ente che deve trasferire e l'Azienda sanitaria U.S.L. ed ospedaliera circa la trasferibilità del bene decide la Giunta regionale. In caso di inadempimento, la Giunta regionale adotta i poteri sostitutivi nel rispetto delle vigenti disposizioni normative.».

Art. 53

Norme transitorie e finali.

Per quanto non previsto nella presente legge si applicano le norme del decreto legislativo di riordino e, segnatamente, quelle di cui al Titolo V relative al personale, per la cui disciplina si demanda.

Art. 54

Norme abrogate.

Sono o restano abrogate le seguenti disposizioni:

A) *L.R. 4 marzo 1976, n. 13* (Istituzione delle Unità Locali dei Servizi Sanitari e Sociali);

B) *L.R. 3 gennaio 1980, n. 1* (L'organizzazione, la gestione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale);

C) *L.R. 3 gennaio 1980, n. 2* (Organizzazione e funzionamento del S.S.R.);

D) *L.R. 23 gennaio 1980, n. 10* (Iscrizione nei ruoli normativi regionali del personale del SSN da destinare alle UU.SS.LL.);

E) *L.R. 25 febbraio 1980, n. 12* (Disciplina provvisoria per l'utilizzazione del personale delle strutture sanitarie private che cessino il rapporto convenzionale);

F) *L.R. 28 maggio 1982, n. 14* (Composizione e funzionamento della Commissione di disciplina delle U.S.L.);

G) *L.R. 21 ottobre 1982, n. 32* (Disciplina dei compiti e della modalità di funzionamento del collegio dei revisori dei conti delle U.S.L.);

H) *Art. 19 della L.R. 6 gennaio 1983, n. 1* (Organi sanitari collegiali)

I) *L.R. 11 marzo 1983, n. 10* (Modifica alla *L.R. 3 gennaio 1980, n. 1*)

J) *L.R. 26 aprile 1985, n. 25* (Norme per la organizzazione della rete ospedaliera);

K) *L.R. 2 maggio 1985, n. 29* (Modifiche ed integrazioni alla *L.R. n. 1/1980, L.R. n. 17/1980 e L.R. n. 32/1982*)

L) *L.R. 14 giugno 1986, n. 10* (Disposizioni transitorie nell'attesa della riforma istituzionale delle U.S.L. - Norme regionali di attuazione);

M) *L.R. 2 agosto 1989, n. 19* (Nuove norme sui compiti e la composizione del Consiglio regionale di sanità);

N) *L.R. 12 aprile 1990, n. 14* (Piano sanitario regionale per il triennio 1990/1992);

O) *L.R. 24 aprile 1990, n. 19* ad eccezione degli articoli 4 e 5 (Gestione unitaria dei rapporti economici con le farmacie);

P) *L.R. 10 maggio 1993, n. 23* (Ristrutturazione della rete ospedaliera e disposizioni per l'assistenza specialistica convenzionale);

Q) Titolo VI della *L.R. 27 marzo 1995, n. 34* (Norme per la disciplina della contabilità della utilizzazione e gestione del patrimonio e del controllo delle Aziende sanitarie U.S.L. e ospedaliere);

R) *L.R. 10 giugno 1996, n. 27* (Riordino del servizio sanitario regionale).

Art. 55
Pubblicazione.

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi del comma 2 dell'art. 127 della Costituzione ed entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

2. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Basilicata.