



CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

43 - 2020 - 24 - 112-121

LEGGE REGIONALE 1° SETTEMBRE 2020

Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale n. 10 del 2006, della legge regionale n. 23 del 2014 e della legge regionale n. 17 del 2016 e di ulteriori norme di settore

Titolo I

Riordino del sistema sanitario regionale

Capo I

Principi e finalità generali

Art. 1

Principi e finalità generali

1. Ai sensi dell'articolo 4, comma 1, lettera i), della legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 3 (Statuto speciale per la Sardegna), la presente legge definisce il modello di governo del sistema sanitario regionale e ne avvia il processo di riforma secondo principi di equità ed universalità mediante disposizioni finalizzate a:

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- b) affermare il diritto fondamentale dell'individuo e l'interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute;
- c) garantire la progressiva riduzione dei tempi d'attesa nell'accesso alle prestazioni sanitarie al fine di raggiungere la tempestività dei servizi erogati dal Servizio sanitario regionale;
- d) avvicinare sensibilmente al cittadino e ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale;
- e) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- f) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- g) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari;

- h) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- i) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie.

Art. 2

Enti del Servizio sanitario regionale

1. Il Servizio sanitario regionale (SSR) pubblico è articolato nei seguenti enti di governo:

- a) Azienda regionale della salute (ARES);
- b) Aziende socio-sanitarie locali (ASL);
- c) Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- d) Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) di Cagliari e Sassari;
- e) Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS);
- f) Istituto zooprofilattico della Sardegna (IZS).

Capo II

Ordinamento dell'Azienda regionale della salute (ARES)

Art. 3

Istituzione dell'Azienda regionale della salute (ARES)

1. Nel rispetto dei principi e delle finalità di cui all'articolo 1, è istituita l'Azienda regionale della salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità.

2. L'ARES ha sede individuata con deliberazione della Giunta regionale, senza maggiori oneri per il bilancio regionale, ubicata in immobili nella disponibilità della Regione o di enti strumentali regionali o di enti del servizio sanitario regionale.

3. L'ARES svolge per le costituenti Aziende socio-sanitarie locali, l'ARNAS Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, le seguenti funzioni in maniera centralizzata:

- a) centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) e successive modifiche ed integrazioni, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Nell'esercizio di tale funzione può avvalersi della centrale regionale di committenza di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 maggio 2007, n. 2 (legge finanziaria 2007), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente all'acquisizione di beni e servizi nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;

- b) gestione delle procedure di selezione e concorso del personale del Servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende; può delegare alle aziende sanitarie, sole o aggregate, le procedure concorsuali per l'assunzione di personale dotato di elevata specificità;
- c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
- d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze nel servizio del personale;
- e) omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- f) omogeneizzazione della gestione del patrimonio;
- g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
- h) procedure di accreditamento ECM;
- i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie (Health technology assessment - HTA), servizi tecnici per la fisica sanitaria e l'ingegneria clinica;
- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
- k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
- l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle aziende sanitarie;
- m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato;
- n) tutte le competenze in materia di controlli di appropriatezza e di congruità dei ricoveri ospedalieri di qualunque tipologia, utilizzando metodiche identiche per tutte le strutture pubbliche e private. Il valore dei ricoveri giudicati inappropriati è scontato dalle spettanze alla struttura interessata al pagamento immediatamente successivo alla notifica del giudizio definitivo di appropriatezza.

4. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'ARES, ne verifica lo stato di attuazione ed esercita le attività di vigilanza e controllo.

5. Nelle more dell'espletamento della procedura di evidenza pubblica per l'affidamento del servizio di tesoreria dell'ARES, il medesimo è svolto dall'istituto tesoriere dell'azienda regionale esistente che presenta le migliori condizioni contrattuali.

6. L'ARES, nell'interesse della Regione e su indicazione dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, svolge la funzione di ufficio liquidazione relativamente a tutti i debiti esistenti alla data di costituzione delle nuove aziende sanitarie in capo all'Azienda per la tutela della salute (ATS) e di quelli facenti in precedenza capo alle sopresse USL e alle sopresse aziende sanitarie. A questo scopo nel bilancio della Regione, a decorrere dall'anno 2021, è istituito un apposito capitolo di spesa.

Art. 4

Organi dell'ARES

1. Sono organi dell'ARES:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale.

2. Il direttore generale dell'ARES è nominato dalla Giunta regionale, con apposita deliberazione, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, in conformità ai requisiti e alle modalità per la nomina dei direttori generali delle aziende socio-sanitarie locali.

3. Il direttore generale è il legale rappresentante dell'ARES, esercita i poteri di direzione, di gestione e di rappresentanza.

4. Il rapporto di lavoro del direttore generale è regolato da un contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni e non inferiore a tre anni.

5. Il direttore generale esercita i propri compiti direttamente o mediante delega secondo le previsioni dell'atto aziendale, elaborato sulla base degli indirizzi stabiliti dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, previo parere della Commissione consiliare competente. Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui al comma 2, per lo svolgimento delle sue funzioni è coadiuvato da un direttore amministrativo e da un direttore sanitario.

6. Spetta al direttore generale l'adozione, in particolare, dei seguenti atti:

- a) atto aziendale;
- b) nomina e revoca del direttore amministrativo e del direttore sanitario;
- c) nomina dei componenti del collegio sindacale ai sensi della vigente normativa regionale in materia di aziende socio-sanitarie locali;
- d) nomina dell'organismo indipendente di valutazione;
- e) nomina dei responsabili delle strutture dell'Azienda e conferimento, sospensione e revoca degli incarichi;
- f) regolamenti di organizzazione, funzionamento e proposta di dotazione organica dell'ARES;
- g) atti di bilancio;
- h) atti vincolanti il patrimonio e il bilancio per più di cinque anni previamente autorizzati dalla Giunta regionale;
- i) ogni altro atto necessario al funzionamento dell'Azienda in conformità a quanto stabilito da leggi regionali e deliberazioni della Giunta regionale.

7. Il direttore generale entro il 31 gennaio di ogni anno, redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e sulla qualità dei servizi erogati e la presenta all'Assessore regionale competente in materia di sanità e alla Commissione consiliare competente.

8. Al fine di favorire l'espletamento delle funzioni dell'ARES ed il perseguimento di un'azione omogenea e coordinata tra le aziende di cui all'articolo 2, il direttore generale dell'ARES convoca e presiede il coordinamento dei direttori generali delle medesime.

9. Il collegio sindacale è composto da tre membri nominati dal direttore generale e designati uno dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

10. Nella prima seduta, convocata dal direttore generale, il collegio sindacale elegge tra i propri componenti il presidente, che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione per qualunque causa del presidente la convocazione spetta al componente più anziano di età fino all'integrazione del collegio e all'elezione del nuovo presidente.

11. Le sedute del collegio sindacale sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il componente che, senza giustificato motivo, non partecipa a due sedute consecutive, decade dalla nomina.

12. Il collegio sindacale:

- a) esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- b) vigila sull'osservanza delle disposizioni normative vigenti;

- c) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- d) accerta trimestralmente la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione e custodia.

13. Ai componenti del collegio sindacale spetta una indennità annua lorda in misura non superiore a quella spettante ai componenti del collegio sindacale delle ASL.

Art. 5

Personale dell'ARES

1. L'ARES è dotata di personale proprio. La dotazione organica iniziale è garantita mediante l'acquisizione del personale dell'ATS in liquidazione e dagli altri enti del servizio sanitario regionale, o, se le professionalità richieste non sono reperibili presso tali enti e previa autorizzazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, con personale assunto direttamente mediante procedura concorsuale.

2. Al personale di cui al comma 1 si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del servizio sanitario nazionale e il piano delle assunzioni è approvato dalla Giunta regionale su proposta dall'Assessore regionale competente in materia di sanità.

3. La dotazione organica definitiva dell'ARES è approvata dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità.

4. Nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica in materia di personale, il direttore generale dell'ARES può avvalersi anche di personale in distacco dagli enti del servizio sanitario regionale.

Art. 6

Bilancio dell'ARES

1. Per la gestione economico-finanziaria dell'ARES si applicano le norme in materia di patrimonio, contabilità e attività contrattuale in vigore per le aziende socio-sanitarie locali.

2. L'ARES è tenuta a perseguire l'equilibrio economico e finanziario.

3. Il bilancio preventivo annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio sono deliberati nei termini previsti dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

4. L'utilizzo a qualsiasi titolo, da parte dell'ARES, di beni immobili di proprietà della Regione o di altri enti del servizio sanitario regionale, per lo svolgimento delle funzioni attribuite, salvo che non transitino nel suo patrimonio, avviene a titolo gratuito.

Art. 7

Libri obbligatori dell'ARES

1. È obbligatoria la tenuta dei seguenti libri:

- a) libro giornale;
- b) libro degli inventari;
- c) libro degli atti del direttore generale;
- d) libro delle adunanze del collegio sindacale.

Art. 8

Sanità digitale

1. La Regione promuove le attività di sanità digitale al fine di garantire una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie, di riqualificare la spesa, di promuovere nuove modalità di diagnosi e di cura senza lo spostamento fisico del paziente, di consentire il corretto utilizzo dei progressi della genomica medica, della medicina predittiva e per valutare l'aderenza terapeutica.

2. La Regione si avvale dell'ARES per l'attuazione dell'attività di cui al comma 1 in coerenza con il regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), e successive modifiche ed integrazioni.

3. La diffusione della cultura della sanità digitale è inoltre finalizzata a consentire l'implementazione dell'utilizzo della cartella elettronica e del fascicolo sanitario elettronico per le ricerche epidemiologiche, per consentire l'integrazione delle reti sanitarie, per qualificare le attività di Health technology assessment (HTA) e per creare network dematerializzati di logistica sanitaria.

4. Ai sensi del comma 3, all'ARES è attribuita la funzione di omogeneizzazione dell'assistenza farmaceutica, protesica, integrativa e dell'utilizzo dei dispositivi medici anche attraverso la valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA).

5. Presso l'ARES è istituita una specifica struttura per la sanità digitale, che si avvale sia del personale del Servizio sanitario regionale che di quello del sistema Regione in applicazione delle norme regionali vigenti e, se necessario, di consulenti all'uopo selezionati, secondo le disposizioni impartite dalla Giunta regionale, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

6. L'ARES elabora il piano regionale triennale di sanità digitale, da aggiornarsi annualmente. Il piano individua una bozza di livelli essenziali della sanità digitale (LEAD) e di nomenclatore tariffario digitale regionale da proporsi all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale affinché si proceda alla loro approvazione secondo le vigenti disposizioni di legge.

Capo III

Ordinamento delle aziende sanitarie e degli enti del Servizio sanitario regionale

Art. 9

Istituzione delle Aziende socio-sanitarie locali (ASL)

1. Le Aziende socio-sanitarie locali (ASL) assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto disposto dalla presente legge in ordine agli altri enti previsti dall'articolo 2.

2. Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modifiche ed integrazioni. L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale e i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto socio-sanitario.

3. Sono istituite le seguenti ASL i cui ambiti territoriali sono coincidenti con quelli delle otto aziende sanitarie locali oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3, della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale)):

- a) Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari;
- b) Azienda socio-sanitaria locale n. 2 della Gallura;
- c) Azienda socio-sanitaria locale n. 3 di Nuoro;
- d) Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra;
- e) Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano;
- f) Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano;
- g) Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis;
- h) Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari.

4. L'Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari ha competenza anche per il territorio della città metropolitana di Cagliari.

Art. 10

Organi delle aziende sanitarie

1. Sono organi delle ASL e dell'azienda ospedaliera:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale;

c) il collegio di direzione.

2. Sono organi delle aziende ospedaliero-universitarie:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale;
- c) il collegio di direzione;
- d) l'organo di indirizzo.

3. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo.

Art. 11

Direttore generale delle aziende sanitarie

1. Il direttore generale delle Aziende sanitarie è responsabile della gestione complessiva dell'azienda, ne ha la rappresentanza legale e nomina i responsabili delle strutture operative secondo i criteri e le modalità stabiliti dalla normativa nazionale.

2. I direttori generali sono nominati con deliberazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, oppure all'elenco nazionale di cui al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria).

3. Per le finalità del comma 2, la Regione rende noto, con apposito avviso pubblicato sul sito internet istituzionale, l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi degli idonei. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, composta da tre esperti nominati, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, dal Presidente della Regione, di cui due sulla base di terne di nomi rispettivamente formulate:

- a) da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi;
- b) dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.

4. La commissione di cui al comma 3, presieduta dal componente individuato direttamente dal Presidente della Regione, propone all'Assessore regionale competente in materia di sanità una rosa di candidati tra i quali la Giunta regionale sceglie quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale per due volte consecutive presso la medesima azienda socio-sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del servizio sanitario regionale.

5. Il provvedimento di nomina, di conferma o di revoca del direttore generale è motivato e pubblicato sul sito internet istituzionale della Regione e delle aziende o degli enti interessati, unitamente al curriculum del nominato e ai curricula degli altri candidati inclusi nella rosa.

6. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni.

7. Il direttore generale attribuisce gli incarichi di cui all'articolo 15 ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, curando la trasparenza del procedimento e attenendosi ai criteri di professionalità, attitudine gestionale e rispondenza alla programmazione aziendale e agli obiettivi assegnati dalla Regione. Il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dall'articolo 15, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni.

8. Se ricorrono gravi motivi, la Giunta regionale può disporre la sospensione cautelare del direttore generale dall'incarico, per un periodo di tempo determinato e non superiore a sessanta giorni; in tal caso può nominare un commissario straordinario, scelto tra il personale con qualifica dirigenziale del sistema Regione o delle aziende sanitarie, o comunque tra persone dotate di elevata professionalità al quale spetta un'indennità non superiore a quella percepita dal direttore generale.

9. Trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi e, sentito il parere della Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria oppure, per le aziende ospedaliere e per l'AREUS, della Conferenza Regione-enti locali, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.

10. Quando ricorrono gravi motivi o la gestione presenta una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la Giunta regionale risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione, previo parere della Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria oppure, per le aziende ospedaliere e l'AREUS, la Conferenza Regione-enti locali, nel caso di manifesta mancata attuazione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale, possono chiedere alla Giunta regionale di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma, qualora il contratto sia in scadenza.

11. In caso di revoca del direttore generale la Giunta regionale, laddove per comprovati motivi non sia possibile provvedere alla relativa nomina, può nominare, per un periodo di tempo non superiore a sessanta giorni, eventualmente prorogabile per una sola volta, un commissario straordinario nominato secondo le procedure di cui al comma 8.

12. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge in materia di direttori generali si applicano, in quanto compatibili, le norme del decreto legislativo n. 171 del 2016, e successive modifiche ed integrazioni

Art. 12

Direttore sanitario e amministrativo delle aziende sanitarie

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza stabiliti dalla normativa statale vigente, nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, eventualmente anche di altre regioni, appositamente costituiti, sempre che si siano verificate le condizioni previste dalla legislazione nazionale.

2. L'incarico di direttore amministrativo e di direttore sanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Il direttore generale può risolvere con proprio atto unilaterale in

qualsiasi momento l'incarico attribuito al direttore amministrativo e/o al direttore sanitario, senza che a questi spetti alcun indennizzo.

Art. 13

Elenchi regionali degli idonei alle cariche di vertice aziendali delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale

1. Gli elenchi regionali degli idonei alle cariche di direttore generale, amministrativo e sanitario sono costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati con apposita deliberazione della Giunta regionale, da parte di una commissione nominata dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, composta da cinque membri, di cui uno con funzioni di presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato, anche in quiescenza, o del libero foro, abilitati al patrocinio di fronte alle magistrature superiori e quattro esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, dei quali uno può essere indicato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. I componenti della commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e consequenziali.

2. Gli elenchi regionali degli idonei sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione sono ammessi i candidati che non abbiano compiuto sessantacinque anni di età in possesso di:

- a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei), oppure laurea specialistica o magistrale;
- b) comprovata esperienza nella qualifica di dirigente, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato;
- c) attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria o equipollente, esclusivamente per l'elenco degli idonei alla carica di direttore generale; master o specializzazione di livello universitario in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti esclusivamente per il direttore generale dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna;
- d) di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

3. I corsi previsti dal comma 2, lettera c), sono organizzati e attivati con periodicità almeno biennale dalla Regione, anche in ambito interregionale o avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, operanti nel campo della formazione manageriale.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, in armonia con quanto previsto per la formazione degli elenchi degli idonei di cui al decreto legislativo n. 171 del 2016, definisce i contenuti, la metodologia delle attività didattiche tali da assicurare un più elevato livello della formazione, la durata dei corsi e il termine per l'attivazione degli stessi e le modalità di conseguimento della certificazione.

5. La Regione assicura, anche mediante il proprio sito internet istituzionale, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula dei direttori generali, amministrativi e sanitari.

Art. 14

Collegio sindacale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale

1. Il collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce, almeno trimestralmente alla Regione e comunque ogni qualvolta essa lo richieda, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente e, comunque, con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda socio-sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera o dell'ente del Servizio sanitario regionale rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

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

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

4. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, oppure tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

Art. 15

Collegio di direzione delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale

1. Gli atti aziendali stabiliscono la composizione e le attribuzioni del collegio di direzione sulla base degli indirizzi regionali di cui all'articolo 16, comma 3, prevedendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, compreso il personale sanitario convenzionato, i raccordi con gli organi aziendali, la sua partecipazione all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale e il suo potere di proposta sulle modalità ottimali per:

- a) estendere la cultura e la pratica di un corretto governo delle attività cliniche o governo clinico;
- b) prevenire l'instaurazione di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;
- c) favorire la gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni;
- d) garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;
- e) promuovere una cultura collaborativa nei confronti delle altre aziende sanitarie, in particolare con riguardo alla mobilità intraregionale e allo sviluppo della rete dei servizi.

Art. 16

Atto aziendale delle ASL

1. L'atto aziendale previsto all'articolo 9, comma 2, è adottato o modificato dal direttore generale, sentita esclusivamente la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 35, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, approvati dalla Giunta regionale previo parere della Commissione consiliare competente.

2. Il direttore generale trasmette l'atto aziendale alla Giunta regionale per la verifica di conformità agli indirizzi di cui al comma 1; decorsi trenta giorni dal ricevimento, la verifica si intende positiva. Se la Giunta regionale si pronuncia nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni, senza necessità di sentire la Conferenza di cui al comma 1. Se la verifica è ancora negativa, la Giunta regionale può revocare il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, oppure nominare un commissario ad acta.

3. Gli indirizzi previsti dal comma 1 forniscono in particolare elementi per:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;
- b) la valorizzazione delle ASL quali elementi costitutivi e strumenti operativi del Servizio sanitario regionale all'interno del quale cooperano per la realizzazione degli obiettivi di salute;
- c) la definizione di un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale e della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti;
- d) la specificazione delle funzioni della direzione aziendale, affiancata dai direttori di distretto socio-sanitario, in ordine alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al titolo IV;
- e) la specificazione delle principali funzioni del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del direttore dei servizi socio-sanitari, del direttore di presidio ospedaliero, del direttore di dipartimento, del direttore di distretto socio-sanitario, dei direttori dei servizi delle professioni sanitarie di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica), del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, del consiglio delle professioni sanitarie;
- f) la scelta del dipartimento come modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende, dotato di autonomia tecnico-professionale e di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;
- g) la definizione degli organi del dipartimento:
 - 1) un direttore, nominato dal direttore generale sulla base di una rosa di candidati selezionata dal comitato di dipartimento, per la durata di tre anni rinnovabili una sola volta, che ha la gestione complessiva del budget, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, è garante della continuità assistenziale e della qualità dell'assistenza e ne assicura la verifica e il miglioramento continuo, promuove l'aggiornamento continuo tecnico scientifico del personale, rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e conserva le funzioni assistenziali;
 - 2) il comitato di dipartimento, composto dai responsabili delle strutture che vi afferiscono e da una quota di componenti elettivi, individuati tra le professionalità presenti all'interno del dipartimento, il quale concorre alla definizione del programma d'attività ed alla verifica degli obiettivi;

- h) l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti e i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;
- i) le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;
- j) la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza;
- k) le modalità di raccordo con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna (ARPAS) e con l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna.

Capo IV

Ordinamento dell'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu"

Art. 17

Disposizioni sull'ARNAS "G. Brotzu"

1. L'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione (ARNAS) "G. Brotzu" prevista dall'articolo 2, comma 1, lettera c), è disciplinata in analogia, per quanto applicabile, con le ASL. La Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tale azienda in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali ai sensi dell'articolo 16.

2. Il direttore generale adotta l'atto aziendale a seguito del parere della Conferenza Regione-enti locali entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi approvati dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente.

3. Il direttore generale trasmette l'atto aziendale alla Giunta regionale per la verifica di conformità agli indirizzi di cui al comma 1; se la Giunta regionale si pronuncia nel senso della non conformità si applica l'articolo 16, comma 2.

Art. 18

Trasferimento di presidi ospedalieri

1. Il Presidio ospedaliero "A. Cao" dell'Azienda ospedaliera Brotzu è trasferito all'Azienda socio-sanitaria n. 8 di Cagliari, con decorrenza dalla sua costituzione ai sensi dell'articolo 47, comma 12.

2. In relazione all'esigenza di garantire i requisiti essenziali per il mantenimento della Facoltà di medicina presso l'Università degli studi di Cagliari e delle relative scuole di specializzazione ai sensi della vigente disciplina, il Presidio ospedaliero "A. Businco" può essere trasferito dall'ARNAS "G. Brotzu" all'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari.

3. Il Presidio ospedaliero Marino - Regina Margherita di Alghero è trasferito, con decorrenza dal termine di cui all'articolo 47, comma 12, e nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419), all'Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari per migliorare le attività integrate nel campo dell'ortopedia, della traumatologia e della riabilitazione funzionali alle reti formative per le scuole di specializzazione, favorendo inoltre l'attivazione di un polo di sviluppo di rilievo regionale per le tecnologie chirurgiche ortopediche innovative nel campo della robotica. A tal fine, il Presidente della Regione ed il Rettore dell'Università di Sassari sottoscrivono un apposito protocollo d'intesa e le necessarie convenzioni attuative per disciplinare i termini e le modalità del passaggio, anche ai fini del mantenimento dei requisiti e degli standard necessari al mantenimento del DEA di primo livello in capo al Presidio ospedaliero civile di Alghero.

Capo V

Ordinamento delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

Art. 19

Disposizioni sulle aziende ospedaliero-universitarie

1. Le aziende ospedaliero-universitarie (AOU) sono disciplinate sulla base dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche ed integrazioni. La Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tali aziende in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali.

2. Gli indirizzi relativi agli atti aziendali delle AOU sono approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, previo parere della Commissione consiliare competente.

3. Il direttore generale adotta l'atto aziendale dell'AOU previa intesa con il rettore dell'università interessata, in relazione ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture complesse a direzione universitaria previo parere della Conferenza Regione-enti locali. L'atto aziendale disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nel rispetto di quanto stabilito dai protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio, ai sensi dell'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche ed integrazioni, limitatamente ai profili concernenti l'integrazione tra attività assistenziali e funzioni di didattica e di ricerca.

4. Il direttore generale trasmette, entro quindici giorni, copia degli atti aziendali alla Giunta regionale per il tramite dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, al fine della verifica di conformità rispetto agli indirizzi fissati. Se la Giunta regionale si pronuncia nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni. Se la verifica è ancora negativa, il Presidente della Regione, sentito il rettore dell'università interessata, può revocare il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, oppure nominare un commissario ad acta.

5. L'apporto economico-finanziario dell'università e della Regione all'AOU avviene secondo le modalità stabilite dall'articolo 7 e dall'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche ed integrazioni.

Capo VI

Ordinamento dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS)

Art. 20

Azienda regionale di emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS)

1. L'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile ha l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale.

2. L'AREUS rientra tra gli enti del Servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza-urgenza extra-ospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione anche finalizzati al rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure e le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità. È in capo all'AREUS la formazione degli operatori da adibire all'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero ed i relativi controlli.

3. Il servizio di trasporto sanitario finalizzato al soccorso risponde a criteri di efficacia e di efficienza e può essere effettuato anche facendo ricorso ad affidamenti esterni con soggetti convenzionati ed è declinato in un piano regionale dell'emergenza-urgenza che definisca il posizionamento dei mezzi di soccorso avanzato e di base, aerei, navali e terrestri, in ragione delle condizioni orografiche del territorio e delle vie di collegamento con particolare riguardo alle zone disagiate.

Art. 21

Numero unico di emergenza (NUE) 112 e numero per le cure non urgenti 116117

1. L'AREUS garantisce l'operatività del servizio di numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea attiva, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ASL competenti, il numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117).

Art. 22

Organi dell'AREUS

1. Sono organi dell'AREUS:

- a) il direttore generale;
- b) il collegio sindacale;
- c) il collegio di direzione.

2. Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all'articolo 11, per lo svolgimento delle sue funzioni è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali nelle ASL.

3. Il direttore generale, entro il 31 gennaio di ogni anno, redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e sulla qualità dei servizi sanitari erogati e la presenta all'Assessore regionale competente in materia di sanità e alla Commissione consiliare competente.

4. Il funzionamento dell'AREUS, la composizione degli organi e le relative procedure di nomina sono regolati, in quanto compatibili, da tutte le norme previste per le ASL.

Capo VII

Ordinamento degli organismi aziendali consultivi e status della dirigenza sanitaria

Art. 23

Consiglio delle professioni sanitarie

1. Il Consiglio delle professioni sanitarie è l'organismo consultivo-elettivo delle ASL, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie; esso esprime pareri e formula proposte nelle materie per le quali l'atto aziendale lo prevede.

2. Il Consiglio delle professioni sanitarie esprime il parere obbligatorio in particolare sulle attività di assistenza sanitaria e gli investimenti ad esse attinenti, sulla relazione sanitaria aziendale e sui programmi annuali e pluriennali delle aziende. Il parere è espresso entro il termine di quindici giorni dal ricevimento degli atti trascorso inutilmente il quale, si intende acquisito come positivo.

3. Il Consiglio delle professioni sanitarie dura in carica tre anni. Le elezioni del nuovo consiglio sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la data di scadenza ed hanno luogo entro trenta giorni dalla data di cessazione del precedente.

4. La composizione del Consiglio delle professioni sanitarie, formato da un numero minimo di dieci componenti ad un numero massimo di venti, è determinata dall'atto aziendale e in ogni caso:

- a) il 40 per cento rappresenta la componente medica ospedaliera;
- b) il 30 per cento rappresenta la componente medica extraospedaliera, in particolare i dipartimenti di prevenzione e della emergenza-urgenza, i medici di medicina generale e della continuità

- assistenziale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari; la proporzione tra le varie componenti è stabilita dall'atto aziendale;
- c) il restante 30 per cento rappresenta gli altri laureati del ruolo sanitario, il personale infermieristico, il personale tecnico sanitario, ed è eletto tra i dirigenti;
 - d) fanno parte di diritto del Consiglio delle professioni sanitarie il direttore sanitario che lo presiede e, senza diritto di voto, il presidente dell'Ordine dei medici o un suo delegato.

5. Nelle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie la componente di cui al comma 4, lettera a), costituisce il 70 per cento del Consiglio delle professioni sanitarie e, per le aziende ospedaliero-universitarie, è divisa a metà tra componente universitaria e componente ospedaliera. Il restante 30 per cento è attribuito ai sensi del comma 4, lettera c).

6. Le modalità di elezione del Consiglio delle professioni sanitarie sono definite nell'atto aziendale. In ogni caso, l'elezione avviene a scrutinio segreto e ciascun elettore indica un numero di nominativi non superiore al 50 per cento di quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere.

7. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro elettivo si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

Art. 24

Dirigenza del ruolo sanitario

1. La dirigenza del ruolo sanitario ha rapporto di lavoro esclusivo, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 15 sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, ed avuto riguardo al principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 2 septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 (Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica), convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138.

2. L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti del ruolo sanitario di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, e di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche ed integrazioni. La validità dei contratti individuali relativi a tali incarichi, operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.

Titolo II

Tutela della salute e benessere del cittadino

Capo I

Prestazioni sanitarie

Art. 25

Tutela del diritto del cittadino alla salute e al benessere

1. È compito, tra gli altri, della Regione:

- a) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione di interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con il sistema scolastico, gli ordini professionali, l'università e con le organizzazioni di volontariato, di promozione sociale e della cooperazione sociale, e per la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate e alla verifica dei risultati;
- b) emanare linee guida per la omogenea definizione delle carte dei servizi e sovrintendere al processo di attuazione delle stesse;
- c) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione del consenso informato e per assicurare ai cittadini l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie ed al luogo di cura;
- d) emanare linee guida per la realizzazione uniforme degli uffici di relazioni con il pubblico, di uffici di pubblica tutela e di punti di accesso unitario ai servizi sanitari, nei presidi ospedalieri e a livello distrettuale;
- e) impartire direttive alle aziende sanitarie per l'attuazione, anche sperimentale, di interventi, stili e pratiche operative, formazione delle professionalità, finalizzati alla umanizzazione delle cure ed alla costruzione del benessere del cittadino malato attraverso le varie componenti del sistema sanitario: le professionalità tecnico-scientifiche, l'interazione tra le diverse professionalità, l'organizzazione del lavoro, le strutture e il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale.

2. Nelle aziende sanitarie sono istituiti:

- a) un Ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente del Servizio sanitario regionale; la funzione di responsabile dell'ufficio di pubblica tutela ha natura di servizio onorario;
- b) un ufficio di relazioni con il pubblico, affidato a personale dipendente;
- c) punti di accesso unitario dei servizi sanitari (PASS) in ogni presidio ospedaliero e in ogni distretto, composti da responsabili del percorso clinico, in diretta relazione con i medici di medicina generale.

Art. 26

Erogazione delle prestazioni sanitarie

1. L'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche o private è disciplinato dai principi tratti dagli articoli 8, 8 bis, 8 ter, 8 quater e 8 quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, dalle disposizioni della presente legge e dalle disposizioni adottate dalla Giunta regionale ai sensi del comma 2.

2. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinati alle relative autorizzazioni, ai sensi degli articoli 27 e 28. L'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale è subordinato all'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 29. La remunerazione delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati è subordinata alla definizione degli accordi e alla stipulazione dei rapporti contrattuali ai sensi dell'articolo 31.

3. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il Servizio sanitario regionale è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni. Le attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, delle farmacie

pubbliche e private, e dei professionisti di cui all'articolo 8, comma 2 bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, sono raccordate con le attività e le funzioni delle ASL, di regola a livello distrettuale.

4. Le disposizioni della presente legge relative alle strutture, alle prestazioni e ai servizi sanitari si applicano anche alle strutture, alle prestazioni e ai servizi socio-sanitari.

Art. 27

Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie

1. La Giunta regionale stabilisce l'ambito di applicazione, le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture sanitarie e al trasferimento, ristrutturazione, ampliamento di strutture sanitarie già esistenti, sulla base degli indicatori di fabbisogno determinati dagli atti che costituiscono attuazione del piano regionale dei servizi socio-sanitari.

2. In deroga alla programmazione regionale di cui al comma 1, l'autorizzazione alla realizzazione di attività sanitarie di bassa complessità è concessa per lo svolgimento esclusivo di attività per solventi a tutti coloro che ne facciano richiesta. Tale autorizzazione è concessa con vincolo di divieto di rilascio dell'accreditamento, salvo che trascorsi dieci anni dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio e dell'effettivo funzionamento della struttura per lo stesso lasso di tempo siano presenti volumi di attività disponibili nella programmazione di cui all'articolo 28.

3. Ai soggetti di cui all'articolo 8 ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, agli studi professionali medici, agli ambulatori medici gestiti sia da persona fisica che da persona giuridica, anche con attività di diagnostica per immagini, limitatamente alla diagnostica non differibile complementare al trattamento, esclusa pertanto la refertazione singola e agli studi di fisioterapia non è applicabile l'obbligo di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie di cui al comma 1.

Art. 28

Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

1. La Giunta regionale stabilisce e aggiorna, con propria deliberazione, sentiti gli ordini professionali e le associazioni professionali maggiormente rappresentative degli studi professionali singoli e associati, mono o polispecialistici di cui all'articolo 8 ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, sulla base dei principi e dei criteri direttivi contenuti nell'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, definendo inoltre la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi e le modalità e i termini per la richiesta dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie.

2. Le funzioni amministrative concernenti l'autorizzazione di cui al comma 1 spettano:

- a) ai comuni, con facoltà di avvalersi delle ASL, per quanto concerne le strutture, gestite sia da persona fisica che giuridica, che erogano prestazioni di assistenza specialistica, compresa l'attività di diagnostica per immagini limitatamente alla diagnostica non differibile, complementare al trattamento, esclusa pertanto la refertazione singola di cui all'articolo 7, comma 4, del decreto

legislativo 26 febbraio 2000, n. 187 (Attuazione della direttiva 97/43/Euratom in materia di protezione sanitaria delle persone contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti connesse ad esposizioni mediche), in regime ambulatoriale e gli studi professionali singoli e associati e gli studi professionali di fisioterapia;

b) alla Regione, per quanto concerne le strutture a più elevata complessità.

3. In relazione alle strutture a più elevata complessità, presso l'Assessorato regionale competente in materia di sanità è costituito un apposito Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti, composto da personale regionale e da personale delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale.

4. Il Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti è l'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) per le strutture sanitarie e socio-sanitarie della Regione. Il Nucleo tecnico opera sulla base dei criteri per il funzionamento degli OTA di cui alle intese tra il Governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accreditamento delle strutture sanitarie del 20 dicembre 2012, repertorio atti n. 259/CSR e del 18 febbraio 2015, repertorio atti n. 32/CRS.

5. I comuni trasmettono copia dei provvedimenti autorizzativi agli ordini e collegi professionali interessati e all'azienda socio-sanitaria locale competente che garantisce la vigilanza e lo svolgimento dell'attività ispettiva sul mantenimento dei requisiti e sul rispetto delle disposizioni in materia di igiene e sanità pubblica ed effettua tutti gli altri controlli di competenza previsti dalla vigente normativa in materia di sicurezza.

6. I comuni, inoltre, trasmettono ogni anno l'elenco dei soggetti autorizzati ai sensi del comma 2, lettera a), suddiviso per tipologia di prestazioni erogate, all'Assessorato regionale competente in materia di sanità; quest'ultimo cura la tenuta dell'anagrafe nella quale sono contenuti i dati necessari all'identificazione di ciascuna struttura e quelli relativi ai provvedimenti che la riguardano. In caso di mancata trasmissione il direttore generale della direzione competente in materia di sanità nomina un commissario ad acta.

Art. 29

Accreditamento istituzionale

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate ai sensi dell'articolo 28 e i professionisti che intendono erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale devono ottenere dalla Regione l'accreditamento istituzionale. La Giunta regionale, con propria deliberazione, adottata su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, sentita la competente Commissione consiliare:

- a) individua i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione regionale;
- b) stabilisce i requisiti di qualità strutturali, tecnologici e organizzativi, ulteriori rispetto a quelli minimi, necessari per ottenere l'accreditamento;
- c) aggiorna periodicamente i requisiti di accreditamento;
- d) stabilisce la periodicità dei controlli per la verifica della permanenza dei requisiti stessi, prevedendo inoltre modalità e termini per la richiesta e la conferma dell'accreditamento istituzionale.

2. Le strutture che chiedono l'accreditamento assicurano forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla definizione dell'accessibilità dei medesimi e alla verifica dell'attività svolta, un'adeguata dotazione quantitativa e la qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato, la partecipazione della struttura stessa a programmi di accreditamento professionale tra pari, la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica dell'appropriatezza e della

qualità delle prestazioni erogate, il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per il personale comunque impiegato.

3. Sui requisiti per l'accreditamento degli studi professionali la Giunta regionale acquisisce il parere degli ordini e dei collegi professionali interessati.

Art. 30

Nulla osta preventivo all'impiego delle radiazioni ionizzanti a scopo medico

1. L'autorità competente per il rilascio del nulla osta per le pratiche comportanti esposizioni a radiazioni ionizzanti di categoria B a scopo medico veterinario e per le attività di ricerca scientifica in vivo e in vitro svolte presso strutture sanitarie, ai sensi dell'articolo 29, comma 2, primo periodo del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230 (Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom, 96/29/Euratom, 2006/117/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti, 2009/71/Euratom in materia di sicurezza nucleare degli impianti nucleari e 2011/70/Euratom in materia di gestione sicura del combustibile esaurito e dei rifiuti radioattivi derivanti da attività civili), e successive modifiche ed integrazioni e degli articoli 28 e 29 della direttiva EURATOM 2013/59 è individuata nel direttore del Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria territorialmente competente, in relazione alla località di svolgimento della pratica radiologica, che presiede l'organismo tecnico territorialmente competente per l'istruttoria tecnica e il rilascio del nulla osta.

2. Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale con propria deliberazione definisce:

- a) le procedure per il rilascio del nulla osta;
- b) la composizione e le funzioni degli organismi tecnici territorialmente competenti per l'istruttoria tecnica e il rilascio del nulla osta.

Art. 31

Accordi e contratti

1. L'ARES definisce gli accordi con le strutture pubbliche e stipula contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, tenuto conto dei piani annuali preventivi e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione regionale, assicurando trasparenza, informazione e correttezza dei procedimenti decisionali. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, definisce appositi indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate alla stipula di accordi e contratti e predispone uno schema-tipo degli stessi.

Titolo III

Programmazione sanitaria

Capo I

Programmazione sanitaria

Art. 32

Programmazione sanitaria regionale

1. Il Piano regionale dei servizi sanitari ha durata triennale e rappresenta il piano strategico degli interventi di carattere generale per il perseguimento degli obiettivi di salute e di qualità del Servizio sanitario regionale al fine di soddisfare le esigenze specifiche della realtà regionale, anche con riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

2. La proposta di Piano regionale dei servizi sanitari, predisposta dall'Assessore regionale competente in materia di sanità ed approvata dalla Giunta regionale, è presentata al Consiglio regionale, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di vigenza del piano in scadenza. Il Consiglio regionale approva il piano dei servizi sanitari entro il successivo 31 ottobre. La Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente, che lo esprime entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi i quali il parere si intende espresso positivamente, approva gli atti che costituiscono attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari e, in particolare, la rete territoriale riabilitativa, la rete delle cure primarie e le reti di cura.

3. Nella predisposizione della proposta di piano di cui al comma 1, l'Assessore regionale competente in materia di sanità sente i consigli delle professioni sanitarie di cui all'articolo 23.

4. La Giunta regionale può presentare al Consiglio regionale una proposta di adeguamento del piano tenuto conto di eventuali priorità emergenti. La proposta di adeguamento è approvata con le modalità di cui al comma 2.

5. Il Piano regionale dei servizi sanitari:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) indica le aree prioritarie di intervento ai fini del raggiungimento di obiettivi di salute, anche attraverso la predisposizione di progetti obiettivo;
- c) individua gli strumenti finalizzati ad orientare il Servizio sanitario regionale verso il miglioramento della qualità dell'assistenza;
- d) fornisce indirizzi relativi alla formazione ed alla valorizzazione delle risorse umane;
- e) indica le risorse disponibili e le attività da sviluppare;
- f) fornisce criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari;
- g) definisce la rete ospedaliera riguardo alla distribuzione dell'offerta dei posti letto pubblici e privati fra le aziende socio-sanitarie locali e ospedaliere, alla presenza nelle aziende sanitarie delle diverse discipline e all'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale;
- h) individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

Art. 33

Programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale

1. Alla definizione della programmazione attuativa locale concorre la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria ai sensi e con le modalità di cui al comma 2 e all'articolo 35.

2. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui all'articolo 36, comma 1, lettera b), e del Piano locale unitario dei servizi (PLUS), se adottato, verifica entro il 30 giugno di ogni anno il raggiungimento degli obiettivi previsti

dal PLUS e dalla programmazione attuativa locale; entro il 30 giugno del terzo anno di vigenza del PLUS, la Conferenza delibera gli indirizzi per la nuova programmazione locale tenendo conto delle conseguenze finanziarie per l'azienda socio-sanitaria locale e per gli altri soggetti sottoscrittori del PLUS.

3. Sulla base degli indirizzi di cui al comma 2 e contestualmente all'adozione del bilancio di previsione, il direttore generale adotta, entro il 15 novembre di ogni anno, il programma sanitario annuale ed il programma sanitario triennale, con allegato il piano degli investimenti. Nelle relative deliberazioni di adozione il direttore generale espone le ragioni che hanno eventualmente indotto a discostarsi dai pareri espressi dalla Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria.

4. I programmi sanitari annuale e triennale delle ASL sono approvati dalla Giunta regionale entro il 31 dicembre.

5. Le aziende sanitarie predispongono annualmente una relazione sanitaria sullo stato di attuazione dei rispettivi programmi, promuovendo la partecipazione delle strutture organizzative e del Consiglio delle professioni sanitarie e la trasmettono, entro il 30 giugno, alla Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria e alla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale predispone annualmente la relazione sanitaria regionale sullo stato d'attuazione del programma e degli obiettivi definiti dal Piano dei servizi sanitari e la trasmette, entro il 30 ottobre, al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

Art. 34

Integrazione socio-sanitaria

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali in ambito regionale, attraverso l'adozione del piano dei servizi sanitari e del piano dei servizi sociali e, in ambito locale, mediante il Piano locale unitario dei servizi (PLUS) di cui all'articolo 20 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1988 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)).

2. Il direttore dei servizi socio-sanitari, è nominato dal direttore generale della ASL, ed è scelto fra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, svolta nei dieci anni precedenti alla nomina, di qualificata attività di dirigenza nei servizi socio-sanitari.

3. Il direttore dei servizi socio-sanitari fa parte dello staff di direzione e svolge, tra gli altri, i seguenti compiti:

- a) supporta la direzione generale e le direzioni distrettuali per l'integrazione dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari;
- b) è preposto al coordinamento funzionale delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria dell'azienda;
- c) partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS.

4. Le ASL partecipano alla definizione del PLUS di riferimento con il direttore generale oppure con il direttore dei servizi socio-sanitari e con il direttore del distretto.

Art. 35

Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria

1. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria è composta dai rappresentanti legali di ciascuno degli enti locali che ricadono nell'ambito territoriale della ASL di riferimento e si riunisce almeno due volte l'anno.

2. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria:

- a) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle ASL, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al direttore generale ed alla Regione;
- b) esprime parere obbligatorio non vincolante sull'atto aziendale e sulle modifiche dello stesso, sul programma sanitario annuale e sul programma sanitario triennale delle ASL, sui bilanci annuale e pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio;
- c) valuta, entro il 30 giugno di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale;
- d) esprime il parere previsto dall'articolo 11, comma 9.

3. La presidenza della Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria è composta dal presidente della provincia o dall'assessore competente delegato, oppure dal legale rappresentante dell'ente territoriale di riferimento, dai presidenti dei Comitati di distretto e dal sindaco del capoluogo di provincia, ricadenti nell'ambito territoriale della ASL di riferimento, ed ha funzioni di rappresentanza, formazione dell'ordine del giorno e convocazione delle riunioni, di organizzazione dei lavori della Conferenza e di verifica dell'attuazione delle decisioni assunte.

4. La Conferenza esprime i pareri di propria competenza entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come positivi.

Art. 36

Rapporti tra la Regione e le aziende e gli enti del Servizio sanitario regionale

1. La Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità:

- a) definisce in via preventiva gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;
- b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;
- c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b), e il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 (Regolamento recante norme sul contratto del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere), e successive modifiche ed integrazioni.

2. Le funzioni di supporto metodologico e tecnico-scientifico all'Assessorato regionale competente in materia di sanità per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1 possono essere svolte dall'ARES.

3. L'Assessorato regionale competente in materia di sanità persegue l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, promuove l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorisce il coordinamento a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale.

Art. 37

Servizi sanitari e socio-sanitari del territorio

1. Le ASL assicurano i livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, l'Azienda dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.

2. L'organizzazione dipartimentale è regolata dall'atto aziendale; sono in ogni caso istituiti in ogni azienda sanitaria i seguenti dipartimenti territoriali:

- a) in via sperimentale, due dipartimenti denominati rispettivamente "dipartimento di prevenzione medico" (dipartimento di igiene e prevenzione sanitaria) e "dipartimento di prevenzione veterinario" (dipartimento veterinario e sicurezza degli alimenti di origine animale) articolati ai sensi dell'articolo 7 quater, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni;
- b) in via sperimentale, il "dipartimento di psicologia di cure primarie";
- c) il "dipartimento della salute mentale".

3. I distretti socio-sanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. In sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'attività dei direttori generali delle ASL, la Giunta regionale assegna specifico rilievo alla funzionalità operativa dei distretti.

4. I distretti concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL e i comuni e a favorire l'attuazione dei principi della presente legge.

5. Il distretto territoriale, diretto da un responsabile nominato ai sensi dell'articolo 3 sexies, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ed assicura:

- a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti;
- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g) l'attuazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.

6. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

7. Il direttore generale dell'ASL, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, individua i distretti e le eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali sulla base dei criteri indicati negli indirizzi regionali, i quali tengono conto delle caratteristiche orografiche del territorio e della densità della popolazione residente nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni. Il direttore generale trasmette all'Assessorato regionale competente in materia di sanità i provvedimenti conseguenti entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi per la verifica di conformità. Trascorsi sessanta giorni dall'adozione degli indirizzi regionali, oppure dalla rilevazione della non conformità della proposta del direttore generale, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, procede alla individuazione dei distretti e delle eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali, acquisito il parere della Commissione consiliare competente.

8. In ogni distretto comprendente più comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto socio-sanitario, composto dai sindaci dei comuni o loro delegati. Se previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, fanno parte del comitato di distretto anche i presidenti delle circoscrizioni comprese nel distretto stesso.

9. Il Comitato di distretto socio-sanitario elegge al proprio interno il presidente con deliberazione adottata a maggioranza dei componenti; svolge i compiti di cui all'articolo 3 quater, commi 3 e 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, ed esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal direttore di distretto e approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il comitato medesimo.

10. Il Comitato di distretto socio-sanitario verifica l'andamento delle attività di competenza del distretto e formula al direttore generale dell'azienda socio-sanitaria locale osservazioni e proposte sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi e delle strutture di livello distrettuale.

11. Il Comitato di distretto socio-sanitario si riunisce obbligatoriamente almeno due volte l'anno, e su richiesta del direttore generale dell'azienda socio-sanitaria locale o di almeno un terzo dei componenti il comitato medesimo. L'atto aziendale delle ASL determina le modalità di elezione, convocazione e funzionamento del comitato di distretto.

12. Il direttore generale dell'ASL assicura il coordinamento tra le attività dei distretti e il PLUS avvalendosi per quest'ultimo del direttore dei servizi socio-sanitari.

13. L'appropriato svolgimento dei percorsi attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta è potenziato attraverso l'istituzione dello psicologo delle cure primarie, una figura professionale in grado di favorire il benessere e la qualità della vita dei pazienti, attraverso interventi di tipo psicologico o psicoterapeutico finalizzati alla cura della sofferenza emotiva, fornendo un primo livello di servizi di cure psicologiche accessibile a tutti indistintamente. Lo psicologo delle cure primarie, in sinergia con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta, consente la presa in carico della persona e garantisce la prevenzione e le cure psicologiche di prossimità, prima che il disagio, anche transitorio, divenga un problema di patologia vero e proprio.

Titolo IV

Finanziamento, gestione e controllo del Servizio sanitario regionale

Capo I

Finanziamento, gestione e controllo del Servizio sanitario regionale

Art. 38

Finanziamento del Servizio sanitario regionale

1. Il finanziamento del Servizio sanitario regionale è assicurato dal Fondo sanitario regionale, costituito in sede di bilancio di previsione alla luce del fabbisogno determinato a livello nazionale, dall'eventuale finanziamento di livelli assistenziali integrativi e aggiuntivi rispetto a quelli essenziali, dal finanziamento dei maggiori oneri derivanti da fattori epidemiologici, dalla morfologia del territorio e dall'insularità, e dalle somme necessarie al finanziamento aggiuntivo per la copertura dello squilibrio di bilancio corrente. In presenza di costi sensibilmente superiori ai ricavi, la Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità dispone un piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del Servizio sanitario regionale della durata massima di un triennio idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso. Nel computo dei ricavi, ai fini della predisposizione del piano di riorganizzazione, non si tiene conto delle somme necessarie al finanziamento aggiuntivo per la copertura dello squilibrio di bilancio corrente.

2. Nella definizione dei criteri per il finanziamento degli enti di cui all'articolo 2 si tiene conto dei seguenti fattori:

- a) popolazione residente, sulla base delle caratteristiche demografiche e territoriali rilevanti ai fini dei bisogni di assistenza;
- b) fabbisogni e costi standard, come definiti a livello nazionale, con le eventuali specificazioni idonee a tenere conto delle peculiarità regionali;
- c) variabili di contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche infrastrutturali del territorio, alla variabilità demografica stagionale, ai fenomeni di spopolamento, all'articolazione delle prestazioni erogate tra quelle a produzione diretta aziendale e quelle acquistate da terzi soggetti erogatori, pubblici e privati;
- d) obiettivi assistenziali e funzioni assegnate dalla programmazione regionale.

3. Il finanziamento delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, ai sensi dell'articolo 8 sexies del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, è così determinato:

- a) remunerazione delle funzioni assistenziali assegnate dalla programmazione regionale, in base al costo standard di produzione e in rapporto a specifici obiettivi assistenziali e volumi di attività;
- b) remunerazione tariffaria delle attività svolte in base ai livelli quali/quantitativi definiti nell'ambito degli obiettivi assegnati dalla Giunta regionale;
- c) finanziamento integrativo eventualmente necessario per coprire costi derivanti da condizioni strutturali e da diseconomie di scala superabili solo con interventi regionali.

4. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, individua i criteri per il riparto del Fondo sanitario regionale con riferimento a un periodo non superiore al triennio, sentita la Commissione consiliare competente in materia di sanità che si esprime entro venti giorni, decorsi i quali il parere si intende acquisito.

Art. 39

Contabilità economico-patrimoniale

1. Il sistema di contabilità delle aziende sanitarie si informa ai principi e alle disposizioni del Codice civile e del titolo II del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni. Nel rispetto di tale assetto normativo, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, adegua il sistema di contabilità alle esigenze del sistema informativo del servizio sanitario nazionale e regionale e alle esigenze poste dal consolidamento della finanza pubblica.

2. Il direttore generale adotta entro il 15 novembre di ogni anno, sulla base del finanziamento ripartito a norma dell'articolo 38, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, composto dai documenti previsti dall'articolo 25 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni, contestualmente all'adozione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale. Un piano del fabbisogno del personale è inserito come allegato al bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e ne costituisce parte integrante. Gli atti previsti dal presente comma sono trasmessi all'Assessorato regionale competente in materia di sanità che provvede alle attività di cui all'articolo 41.

3. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del Servizio sanitario regionale e il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio sanitario regionale sono redatti secondo le modalità di cui agli articoli 25 e 32 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

4. I bilanci d'esercizio delle aziende del Servizio sanitario regionale e il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale sono redatti con le modalità e nei termini di cui agli articoli 26 e 32 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

Art. 40

Sistema di programmazione e controllo

1. Il sistema di programmazione e controllo del Servizio sanitario regionale si compone dei seguenti strumenti:

- a) programma sanitario pluriennale e annuale;
- b) sistema informativo;
- c) sistema budgetario;
- d) contabilità analitica;
- e) sistema degli indicatori.

2. Le caratteristiche e le modalità di gestione degli strumenti di cui al comma 1 sono stabilite dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, tenuto conto del sistema informativo sanitario nazionale e regionale.

Art. 41

Controlli regionali

1. La Regione esercita, per il tramite dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, il controllo preventivo sui seguenti atti delle aziende sanitarie e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna:

- a) provvedimenti relativi a operazioni patrimoniali di acquisto, locazione, permuta e alienazione di beni immobili o altri atti riguardanti diritti su tali beni il cui importo stimato sia superiore a un milione di euro;
- b) atti di manifestazione della volontà di avviare una procedura di affidamento di contratti pubblici ai sensi della normativa vigente che comportino impegni di spesa per un importo complessivo, anche su base pluriennale, superiore a cinque milioni di euro.

2. Il controllo previsto nel comma 1 è di merito e consiste nella valutazione della coerenza dell'atto adottato dall'azienda sanitaria rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.

3. Il termine per l'esercizio del controllo previsto nel comma 1 è di quaranta giorni dal ricevimento dell'istanza di controllo dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

4. Nel caso di mancata pronuncia entro il termine di cui al comma 3, l'atto soggetto a controllo si intende approvato.

5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1° agosto al 31 agosto di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza specificamente indicate e motivate nell'istanza di controllo.

6. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del Servizio sanitario regionale e il bilancio preventivo economico annuale consolidato del Servizio sanitario regionale sono approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, con le modalità e nei termini di cui all'articolo 32, comma 5, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

7. I bilanci d'esercizio delle aziende del Servizio sanitario regionale e il bilancio d'esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale sono approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, con le modalità e nei termini di cui all'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

8. I bilanci di cui ai commi 6 e 7 sono pubblicati integralmente sul sito internet istituzionale della Regione nel termine di cui all'articolo 32, commi 5 e 7, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

9. Il controllo sui bilanci delle aziende sanitarie è di natura economico-finanziaria e consiste nella valutazione della conformità degli atti alle norme di contabilità.

10. Il controllo previsto nel comma 6 si estende anche al merito e include la valutazione della coerenza dei bilanci preventivi rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.

11. La Giunta regionale, nell'esercizio dei poteri di vigilanza di cui all'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, approva le linee di indirizzo per l'effettuazione di controlli, eseguiti

dalle aziende sanitarie ovvero dall'Assessorato competente, sull'attività assistenziale e amministrativa delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private.

Titolo V

Degli investimenti strutturali

Capo I

Rinnovo delle strutture ospedaliere pubbliche

Art. 42

Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri

1. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone un piano di investimenti straordinari per il rinnovo e la sostituzione delle strutture ospedaliere esistenti mediante la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, di moderna concezione architettonica e funzionale, in grado di realizzare una migliore efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Giunta regionale individua, in particolare, i presidi ospedalieri da sostituire con nuove strutture e quelli da mantenere in efficienza. Con riferimento a questi ultimi, acquisisce dalle aziende entro le quali essi ricadono le relazioni tecniche di quantificazione economica degli interventi da realizzare.

Art. 43

Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri

1. Sulla base dei dati acquisiti ai sensi dell'articolo 42, comma 2, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, approva un piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri, che dia priorità alle seguenti azioni:

- a) adeguamento delle strutture a norme di legge;
- b) ammodernamento impiantistico;
- c) riqualificazione funzionale del pronto soccorso;
- d) riqualificazione funzionale ed estetica e delle restanti aree delle strutture, inclusi gli spazi esterni e comuni.

Capo II

Strutture ausiliarie territoriali del Servizio sanitario regionale

Art. 44

Case della salute

1. La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extra-ospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.

2. Le case della salute operano per conseguire i seguenti obiettivi:

- a) appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
- b) riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
- c) unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- d) semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

3. Le case della salute operano sulla base dei seguenti criteri, e svolgono, secondo livelli e tipologie differenziate, le seguenti funzioni:

- a) garantiscono adeguata continuità assistenziale, secondo le esigenze della rete territoriale di riferimento, di norma per sette giorni alla settimana e sulle ventiquattro ore;
- b) assicurano l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) distrettuali e di quelli riferiti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con riguardo alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- c) promuovono il lavoro di equipe tra le varie figure professionali: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, personale sanitario, socio-sanitario e tecnico-amministrativo, operatori sociali;
- d) sviluppano, per la successiva approvazione a livello regionale, percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali comuni e condivisi con tutti i professionisti dell'equipe territoriale che partecipano al processo di cura ed assistenza, utilizzando linee guida e protocolli adeguati;
- e) sviluppano, per la successiva approvazione a livello regionale, l'informatizzazione del sistema per consentire l'interrelazione fra i professionisti, e tra questi e i nodi della rete integrata dei servizi socio-sanitari del distretto e dei servizi sanitari ospedalieri, così da favorire il massimo livello di integrazione e condivisione delle informazioni;
- f) garantiscono la funzione di sportello unico di accesso e orientamento all'insieme delle prestazioni ad integrazione socio-sanitaria (SUA), con possibilità di accedere alla prenotazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero (CUP);
- g) prevedono, in rapporto all'ambito territoriale di riferimento, la presenza di adeguati servizi diagnostici e clinici;
- h) prevedono la presenza di ambulatorio infermieristico e ambulatorio per piccole urgenze che non richiedano l'accesso al pronto soccorso ospedaliero;
- i) assicurano, secondo le specifiche previsioni della rete regionale dell'emergenza-urgenza, la presenza di un servizio di ambulanze per il pronto intervento sul territorio (punto di soccorso mobile 118) e di spazi adeguati per le attività delle associazioni di volontariato, di rappresentanza dei malati e di promozione sociale.

4. L'organizzazione dei servizi secondo i criteri indicati nel comma 3 avviene previa comunicazione ai rappresentanti istituzionali degli enti locali.

5. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, sentita la competente Commissione consiliare, disciplina funzioni e organizzazione delle case della

salute, prevedendo livelli e tipologie differenziati per la modulazione delle attività di cui al comma 3, in base alle caratteristiche territoriali e alla programmazione delle reti assistenziali, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani approvati, e delle forme organizzative delle cure primarie previste dalla normativa vigente.

Art. 45

Ospedali di comunità

1. Al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non hanno necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi, è istituito l'Ospedale di comunità (OsCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

2. Gli ospedali di comunità sono individuati con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, sentita la competente Commissione consiliare, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani approvati nel corso degli ultimi anni.

3. Le aziende socio-sanitarie locali organizzano, nell'ambito della programmazione e delle specifiche linee-guida regionali, uno o più ospedali di comunità, anche mediante la ristrutturazione della rete ospedaliera e la riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti oppure attraverso l'utilizzo di idonee strutture extra-ospedaliere.

Art. 46

Sperimentazioni gestionali in sanità

1. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, sentito il parere della competente Commissione consiliare, possono essere previste una o più sperimentazioni gestionali, anche pubblico-private. Allo scopo possono essere costituite una o più società di capitali.

Titolo VI

Disposizioni transitorie e finali

Capo I

Disposizioni transitorie

Art. 47

Amministrazione straordinaria delle aziende sanitarie

1. La Giunta regionale, mediante specifiche deliberazioni, definisce il processo di adeguamento dell'assetto istituzionale ed organizzativo degli enti di governo del servizio sanitario della Sardegna previsto dalle disposizioni della presente legge.

2. Per le finalità di cui al comma 1 la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, nomina otto commissari straordinari per la definizione dei progetti di realizzazione delle aziende di cui all'articolo 9 e il commissario straordinario per la redazione del progetto di attivazione dell'ARES. I commissari straordinari delle aziende di cui all'articolo 9, inoltre, a dirigono le aree socio-sanitarie locali fino alla data di costituzione delle aziende socio-sanitarie e conservano comunque il rapporto di subordinazione col commissario di cui al comma 3.

3. Il soggetto competente a dirigere l'Azienda per la tutela della salute di cui all'articolo 1 della legge regionale n. 17 del 2016, fino al 31 dicembre 2020 è individuato dalla Giunta regionale su proposta del Presidente della Regione. Entro la scadenza del proprio mandato il soggetto competente provvede all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, disponendo il trasferimento all'ARES dei rapporti e degli obblighi amministrativi e giuridici, attivi e passivi, debitori e creditizi, di carattere finanziario, fiscale o patrimoniale esistenti alla data della cessazione e di tutte le cause pendenti e le pretese in corso o future, e del patrimonio, del personale e delle funzioni ad essa facenti capo secondo le disposizioni di cui alla presente legge.

4. Il commissario di cui al comma 3, sulla base degli indirizzi dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, predispone, entro il 15 ottobre 2020, un piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della presente legge redigendo uno specifico progetto di scorporo, incorporazione e di riconversione al fine di individuare i rami di amministrazione e le attività da trasferire ai costituendi enti di governo del Servizio sanitario regionale.

5. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, entro i successivi quarantacinque giorni, approva il piano preliminare regionale di riorganizzazione e riqualificazione che raccoglie, ed eventualmente modifica, i piani predisposti dai commissari straordinari. Il piano preliminare regionale è approvato definitivamente previo parere della competente Commissione consiliare da esprimersi entro il termine di quindici giorni, decorsi infruttuosamente i quali, se ne prescinde.

6. Il progetto di scorporo indica, tra l'altro, gli elementi patrimoniali, compresi gli immobili e il personale da trasferire ad ogni singola costituenda azienda. Disciplina, inoltre, il subentro delle singole aziende nei contratti in corso.

7. Per la predisposizione dei progetti di scorporo il commissario straordinario di cui al comma 3 è supportato da massimo cinque collaboratori scelti tra il personale in servizio presso l'Azienda per la tutela della salute e può, inoltre, farsi supportare da un esperto in materia di organizzazione aziendale reclutato dall'Azienda per la tutela della salute senza nuovi ed ulteriori costi per il servizio sanitario regionale.

8. La deliberazione di nomina dei commissari straordinari stabilisce la durata dell'incarico entro il limite del 31 dicembre 2020.

9. I commissari straordinari sono scelti in applicazione all'articolo 3, comma 2, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 (Misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria), convertito con modifiche dalla legge 25 giugno 2019, n. 50, e sono in possesso dei seguenti titoli:

- a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale n. 509 del 1999, pubblicato nella Gazzetta ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, oppure laurea specialistica o magistrale;
- b) comprovata esperienza nella qualifica di dirigente, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato.

10. Al fine di avvalersi di persone di particolare qualificazione professionale, in applicazione e rispetto della direttiva 2000/78/CE del Consiglio, del 27 novembre 2000, che stabilisce un quadro generale per la parità di trattamento in materia di occupazione e di condizioni di lavoro, e dei principi di proporzionalità e necessità come affermati dalla Corte di giustizia, sez. VIII, 2 aprile 2020, n. C-670/18, la Giunta regionale non applica l'articolo 5, comma 9, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, come modificato dall'articolo 6 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 (Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari), convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114, in sede di nomina dei direttori generali e dei commissari delle aziende sanitarie di cui all'articolo 2.

11. Il trattamento economico spettante ai commissari nominati ai sensi del comma 2 è pari a quello previsto per i direttori generali ed è stabilito dalla Giunta regionale.

12. L'Azienda di cui all'articolo 3 e quelle di cui all'articolo 9, comma 3, sono costituite a decorrere dal 1° gennaio 2021 con singole deliberazioni contestuali della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, con le quali sono inoltre individuate le sedi legali delle aziende sanitarie.

13. Dalla data di costituzione, in relazione agli ambiti territoriali di competenza, le aziende socio-sanitarie locali subentrano nei rapporti, nel patrimonio e nelle funzioni in precedenza svolte dall'ATS ad essa facenti capo secondo le disposizioni di cui alla presente legge. Dalla stessa data l'ATS è dichiarata estinta e i relativi organi e l'organismo indipendente di valutazione cessano dalle funzioni.

14. Con le deliberazioni di cui al comma 12 possono essere assegnati in uso a titolo gratuito alle singole costituende aziende, gli immobili di proprietà della Regione utilizzati dalle stesse che non sono stati trasferiti nel loro patrimonio, specificatamente indicati nel progetto di scorporo.

15. Al fine di superare le criticità eventualmente segnalate dai commissari straordinari e rilevate dall'Assessorato regionale competente in materia di sanità, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore medesimo, può proporre al Consiglio regionale modifiche alla deliberazione del 25 ottobre 2017 del Consiglio regionale, con la quale è stata approvata la "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS) n. 58 dell'11 dicembre 2017.

Art. 48

Stabilizzazione del personale precario

1. Al fine di tutelare il patrimonio di esperienze professionali presenti nel Servizio sanitario regionale è autorizzata la stabilizzazione a domanda del personale precario in servizio presso le aziende sanitarie sulla base dei criteri e delle modalità di attuazione della presente disposizione stabiliti dalla Giunta regionale in applicazione delle norme nazionali.

2. Le disposizioni del presente articolo trovano limite nel tetto di spesa per la retribuzione del personale già autorizzato alle aziende del Servizio sanitario regionale per gli anni 2020-2022.

Art. 49

Conservazione del patrimonio genetico del popolo sardo

1. La Regione riconosce e tutela l'unicità e le specificità del patrimonio genetico del popolo sardo, contribuendo alla conservazione delle raccolte di DNA già effettuate e favorendo la ricerca e gli studi scientifici in materia, con particolare riferimento agli elementi caratterizzanti la longevità, le peculiarità immunitarie e le patologie endemiche.

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Giunta regionale è autorizzata ad istituire una specifica fondazione, alla quale possono partecipare altre fondazioni, università, istituti e centri di ricerca, anche mediante conferimento del proprio patrimonio di materiali genetici (missione 01 - programma 03 - titolo 3).

Art. 50

Sospensione delle procedure sui portali SUAPE e SUS

1. Al fine di dare applicazione alle disposizioni di cui agli articoli 28, 29, 31 ed apportare le necessarie modifiche tecniche sui portali sportello unico per le attività produttive e per l'edilizia (SUAPE) e sportello unico dei servizi (SUS), per l'aggiornamento delle procedure telematiche di autorizzazione, l'attività degli stessi è sospesa per la durata di novanta giorni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge. Tale disposizione non si applica nell'ipotesi in cui sia richiesta la sola autorizzazione sanitaria e non anche l'accreditamento.

Capo II

Disposizioni finali e abrogazioni

Art. 51

Disposizioni finali

1. I pareri obbligatori previsti dalla presente legge sono resi, salvo diversa previsione, entro trenta giorni dal ricevimento della relativa richiesta. Decorso infruttuosamente il termine di cui al primo periodo, il soggetto richiedente può procedere ugualmente all'adozione dell'atto o provvedimento sul quale è stato richiesto il parere.

Art. 52

Abrogazioni

1. Sono abrogate:

- a) la legge regionale n. 10 del 2006;
- b) il comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità);
- c) la legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale n. 23 del 2005, alla legge regionale n. 10 del 2006 e alla legge regionale n. 21 del 2012);
- d) l'articolo 4 della legge regionale 22 dicembre 2014, n. 34 (Disposizioni urgenti per l'eradicazione della peste suina africana);
- e) il comma 1 dell'articolo 6, della legge regionale 7 agosto 2015, n. 22 (Variazioni urgenti al bilancio della Regione per l'anno 2015, proroga di termini e disposizioni varie);
- f) il comma 2 dell'articolo 1, della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 36 (Misure urgenti per l'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e ulteriore proroga del commissariamento delle ASL);
- g) il comma 5 dell'articolo 6 della legge regionale 11 aprile 2016, n. 5 (Legge di stabilità 2016);
- h) la legge regionale 29 giugno 2016, n. 13 (Proroga del commissariamento di cui all'articolo 9 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012));
- i) il comma 10 dell'articolo 1 della legge regionale 5 dicembre 2016, n. 32 (Variazioni del bilancio per l'esercizio finanziario 2016 e del bilancio pluriennale 2016-2018 ai sensi dell'articolo 51 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni, e disposizioni varie);
- j) la legge regionale n. 17 del 2016;
- k) il comma 12 dell'articolo 5 della legge regionale 13 aprile 2017, n. 5 (Legge di stabilità 2017);
- l) il comma 10 dell'articolo 7 della legge regionale 11 gennaio 2018, n. 1 (Legge di stabilità 2018);
- m) i commi 1 e 9 dell'articolo 8 della legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48 (Legge di stabilità 2019).

2. Sono inoltre abrogate tutte le disposizioni in contrasto con le norme della presente legge.

Art. 53

Norma finanziaria

1. La Regione attua le disposizioni previste dalla presente legge nei limiti delle risorse disponibili stanziare annualmente con legge di bilancio in favore del fondo sanitario regionale (missione 13 - programma 01 - capitolo SC05.0001).

2. Alle spese per investimenti derivanti dall'attuazione della presente legge si provvede con le risorse del programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie, autorizzato dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Legge finanziaria 1988) e, eventualmente, con capitali privati attraverso il ricorso a forme di finanziamento compatibili con l'attività della pubblica amministrazione. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta del Presidente della Regione, tali risorse possono essere integrate con le somme di cui all'articolo 6 dell'Accordo tra il Governo e la Regione autonoma della Sardegna in materia di finanza pubblica, sottoscritto in data 7 novembre 2019 e recepito nell'articolo 1, commi 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872 e 873 della legge 27 dicembre 2019,

n. 160 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022), anche mediante ricorso all'anticipazione delle quote annuali ivi previste.

3. Alle spese per gli interventi di adeguamento dei sistemi informativi regionali, quantificate in euro 500.000 per l'anno 2020 e in euro 1.000.000 per ciascuno degli anni 2021-2022 si fa fronte mediante pari utilizzo delle risorse già destinate ai predetti interventi dall'articolo 5, comma 1, della legge regionale 12 marzo 2020, n. 10 (Legge di stabilità 2020) iscritte alla missione 14 - programma 04 - titolo 2 - capitolo SC05.0045.

4. Alle spese derivanti dall'attuazione dell'articolo 49, valutate in euro 250.000 per l'anno 2020, si provvede mediante utilizzo dell'accantonamento iscritto in conto della missione 20 - programma 03 - titolo 1 - capitolo SC08.0024. Per le successive annualità si provvede con legge di bilancio.

5. Nel bilancio di previsione della Regione per gli anni 2020-2022 sono apportate le seguenti variazioni:

in aumento

missione 01 - programma 03 - titolo 1 e titolo 3		
2020	euro	250.000

in diminuzione

missione 20 - programma 03 - titolo 1 - capitolo SC08.0024		
2020	euro	250.000

Art. 54

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione sul BURAS.