

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

TESTO UNIFICATO N. 112-121/A

**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**

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

DISEGNO DI LEGGEN. 112

presentato dalla Giunta regionale,
su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, NIEDDU

il 18 febbraio 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

PROPOSTA DI LEGGE N. 121

presentata dai Consiglieri regionali
OPPI - MORO - SECHI - GALLUS - PERU

il 4 marzo 2020

Disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale n. 10 del 2006, alla legge regionale n. 23 del 2014 e alla legge regionale n. 17 del 2016 in materia di sanità

RELAZIONE DELLA SESTA COMMISSIONE SALUTE, POLITICHE SOCIALI, PERSONALE DELLE ASL, IGIENE VETERINARIA, ATTIVITÀ SPORTIVE, ALIMENTAZIONE, EMIGRAZIONE E IMMIGRAZIONE

composta dai consiglieri

GALLUS, Presidente e relatore di maggioranza - COCCO, vice Presidente - MUNDULA, Segretario - AGUS - CIUSA - GANAU, relatore di minoranza - LANCIONI - MELE - PERU - SATTA Giovanni Antonio - SCHIRRU

Relazione di maggioranza

On. Gallus

pervenuta il 5 agosto 2020

La Sesta Commissione nella seduta del 30 luglio 2020 ha approvato a maggioranza, con il parere contrario dei gruppi di opposizione e con l'astensione dell'on. Cossa, il presente provvedimento di riforma del sistema sanitario regionale.

Il testo unificato nasce dall'esame di due progetti di legge, il disegno di legge n. 112 (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) e la proposta di legge 121 (Disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale n. 10 del 2006, alla legge regionale n. 23 del 2014 e alla legge regionale n. 17 del 2016 in materia di sanità).

Il disegno di legge n. 112, approvato con deliberazione della Giunta regionale 52/28 del 23 dicembre 2019 e depositato il 18 febbraio in Consiglio regionale, è stato trattato, per la prima volta, dalla Sesta Commissione, nella seduta del 4 marzo 2020; nell'occasione la Commissione ha sentito l'illustrazione del provvedimento fatta dall'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

Successivamente l'esame della riforma è stato temporaneamente sospeso in considerazione dello stato di emergenza sanitario per l'insorgenza di patologie derivanti dal Covid-19.

I lavori sono poi ripresi il 20 maggio: all'ordine del giorno della seduta è stata iscritta anche la proposta di legge n. 121, depositata il 4 marzo e avente contenuto analogo al DL n. 112. La Commissione, dopo aver sentito l'illustrazione della PL n. 121, ha deliberato la trattazione congiunta dei due provvedimenti, ai sensi dell'articolo 32, comma 3, del Regolamento interno.

L'istruttoria è proseguita con le audizioni che hanno riguardato entrambi i testi, in particolare la Commissione ha sentito i direttori generali e i commissari straordinari delle diverse aziende sanitarie, i direttori delle aziende socio sanitarie locali, l'Anci, il rettore dell'università di Cagliari, i rappresentanti dei sindacati confederali e di categoria operanti nel settore sanitario, alcuni ordini e collegi professionali afferenti al mondo sanitario, i rappresentanti delle case di cura private e alcune associazioni di pazienti.

Quanto agli esiti delle audizioni, tutti gli intervenuti, indistintamente, hanno concordato sul fallimento di Ats ed hanno dunque espresso apprezzamento per la scelta di superare il modello dell'azienda unica che, di fatto, ha distanziato i vertici dai territori e quindi i cittadini da chi può dare concretamente risposte alle loro istanze.

In particolare:

- a) i manager, senza entrare nel merito della discrezionalità politica, hanno espresso qualche perplessità sul ruolo di Ares, temendo che un'eccessiva centralizzazione delle funzioni possa in qualche modo frustrare l'autonomia delle singole aziende. Per altro per evitare tale eventualità, tutti i direttori hanno concordato sulla necessità di istituire presso l'Ares un organismo tecnico di raccordo in grado di contemperare le esigenze espresse dalle diverse aziende. Tutti i direttori, infine, hanno concordato sulla "inadeguatezza" della retribuzione che dovrebbe essere corrisposta ai commissari straordinari;
- b) l'Anci ha espresso l'auspicio che la riforma tenga conto delle caratteristiche territoriali e demografiche della nostra regione e garantisca a tutti i sardi, diritti uniformi senza discriminazioni a danno di coloro che vivono nelle aree più marginali e isolate;
- c) i sindacati confederali hanno auspicato che la riforma, anche alla luce della recente emergenza sanitaria, non faccia prevalere una visione aziendalistica trascurando il benessere della popolazione e la coesione sociale. Hanno evidenziato dunque come occorra puntare piuttosto che sul risparmio, sugli investimenti al fine di garantire anche ai sardi un'assistenza sanitaria di qualità. I sindacati di categoria hanno evidenziato il ruolo fondamentale svolto dal personale del SSR la cui disponibilità e il cui spirito di abnegazione, non solo in quest'ultimo periodo, ma oramai da anni stanno consentendo di ovviare ai molti limiti del sistema sanitario;
- d) il rettore dell'Università di Cagliari ha concentrato il suo intervento sulla necessità di potenziare l'Aou di Cagliari in particolare mediante una fusione dell'azienda con l'oncologico e/o il Microcitemico che, a detta del Rettore, consentirebbe alla facoltà di medicina dell'università, e alle scuole di specializzazione che hanno sede presso l'Aou di continuare ad esistere, giacché gli standard nazionali, impongono per l'accreditamento volumi di attività che attualmente l'azienda non è in grado di assicurare.

Per altro, la questione sollevata dal Magnifico rettore, dott.ssa Del Zompo, ha indotto la Commissione ad un supplemento di istruttoria per cui, nella seduta pomeridiana del 17 giugno, sono stati auditi nuovamente il Magnifico Rettore e il Commissario straordinario del Brotzu e inoltre, il Direttore del Presidio Microcitemico e oncologico, le rappresentanze sindacali aziendali e le associazioni dei pazienti sulla specifica tematica dello scorporo. Gli intervenuti, anche se su posizioni decisamente contrapposte, hanno efficacemente argomentato le rispettive ragioni a favore o contro. La questione, vista la sua rilevanza, è stata rinviata alla decisione dell'Assemblea e, a tal fine, è stato chiesto all'Assessorato di predisporre una relazione illustrativa che dia conto delle procedure, dei costi e dei tempi per un eventuale scorporo.

Sempre all'Aula è stata, inoltre, rinviata la decisione in ordine all'istituzione Centro interaziendale di riferimento regionale per la chirurgia robotica ortopedica, per l'Ortopedia traumatologica e per la riabilitazione da istituirsi presso il Presidio Regina Margherita-Alghero (noto come Ospedale Marino) attualmente facente parte dell'Ats Sardegna (Assl di Sassari) che tuttavia si propone di incorporare, nel rispetto sia delle prerogative del Dea di primo livello che dell'Università, nell'Aou di Sassari.

In ogni caso tutte le audizioni svolte hanno fornito un contributo prezioso e spunti importanti di riflessione, utili non solo ai fini dell'istruttoria da parte della Commissione, ma anche ai fini dell'ulteriore confronto in Aula.

Nella seduta del 23 giugno la Commissione ha terminato la discussione generale ed ha fissato il termine per la presentazione degli emendamenti e ne sono stati presentati 80.

L'esame dell'articolato, grazie alla collaborazione di tutti e in particolare grazie al contributo dei componenti dei gruppi di opposizione che hanno consentito che il confronto avvenisse in un clima costruttivo, si è svolto molto celermente e si è concluso in una sola seduta, quella del 16 luglio, nel corso della quale molti emendamenti, alcuni dei quali proposti proprio dai rappresentanti dei gruppi di opposizione, sono stati approvati, mentre altri, sono stati ritirati per proporli nuovamente in Aula, dopo aver svolto alcuni passaggi e sciolto alcuni nodi politici.

Terminato l'esame dell'articolato, la Commissione, in applicazione dell'articolo 45 del regolamento interno e dell'articolo 9 della legge regionale n. 1 del 2005, ha sospeso la votazione finale del provvedimento in attesa di acquisire il parere di competenza della Prima e della Terza Commissione e del Consiglio delle autonomie locali.

Il parere della Commissione Terza è pervenuto il 22 luglio, mentre la Prima Commissione si è espressa il 28 luglio; entrambe, hanno formulato osservazioni e fornito suggerimenti utili ai fini del miglioramento del testo.

Il parere del Consiglio delle autonomie locali è stato trasmesso al Consiglio il 29 luglio ed è particolarmente critico nei confronti della riforma che ritiene poco coraggiosa e incisiva.

Sul predetto parere ci sarebbero molte considerazioni da fare, ma su un punto preme essere chiari: la scelta di sopprimere la clausola performante prevista dall'articolo 8, comma 5, concernente la modifica con deliberazione della Giunta regionale, in relazione a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche, degli ambiti territoriali delle Asl, è stata fatta perché giuridicamente non è coerente con il sistema delle fonti (non si può pensare di modificare con deliberazione gli ambiti territoriali definiti con legge). Ma certamente non significa che le istanze dei territori non verranno tenute nella dovuta attenzione e considerazione.

Il 30 luglio la Commissione dopo aver preso atto dei pareri pervenuti e averne in parte recepito il contenuto, ha licenziato a maggioranza il testo unificato.

Il testo unificato approvato dalla Giunta regionale e sostanzialmente ratificato dalla Commissione, che di fatto ha apportato alcune modifiche, che tuttavia non incidono sull'assetto delineato dall'esecutivo, intende rendere il Sistema sanitario regionale più aderente ai bisogni della popolazione, superando le criticità manifestatesi negli anni successivi all'istituzione dell'Azienda unica Ats, ma conservando nel contempo gli aspetti positivi. Il nuovo sistema sanitario è articolato nei seguenti enti di governo:

- a) Azienda regionale della salute (Ares);
- b) Aziende socio sanitarie locali (Asl);
- c) Azienda di rilievo nazionale ad alta specializzazione "G. Brotzu" (Arnas);
- d) Aziende ospedaliere universitarie (Aou) di Cagliari e Sassari;
- e) Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (Areus);
- f) Istituto zooprofilattico della Sardegna (Izs).

Il nuovo modello di governance prevede dunque l'istituzione di una azienda, l'Ares, con compiti di supporto alla produzione di tutte le altre aziende sanitarie di gestione centralizzata dei principali processi (acquisti, gestione del personale, contratti con gli erogatori privati) e l'istituzione di 8 aziende socio sanitarie locali, il cui ambito territoriale corrisponde a quello delle aziende incorporate dalla legge regionale n. 17 del 2016 che erogano servizi sanitari.

Le aziende socio sanitarie locali (ASL), sono dotate di autonomia gestionale ed organizzativa, e assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

Alle aziende territoriali si aggiungono l'Azienda "G. Brotzu" (Arnas) che si caratterizza rispetto alle altre per il rilievo nazionale e l'alta specializzazione e alla quale si applicano le disposizioni previste per le Asl, per quanto applicabili.

Una novità introdotta dalla Commissione all'articolo 17 concerne lo scorporo dall'azienda Brotzu, alla quale attualmente afferiscono, dei due stabilimenti Businco e Cao, che una norma mutuata dalla PL n. 121, prevede vadano accorpati alla Asl n. 8; tuttavia come precisato più volte in precedenza, la questione dello scorporo dei predetti presidi è rimessa alle decisioni dell'Aula.

Fanno parte del nuovo sistema degli enti di governo anche le 2 Aziende ospedaliero-universitarie (Aou) di Cagliari e Sassari alle quali si applicano i principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e naturalmente l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (Areus) che 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 extraospedaliera

Un passaggio molto importante del provvedimento è rappresentato dalle disposizioni contenute negli articoli 40 e 41, che prevedono rispettivamente la predisposizione di un piano di investimenti straordinari per la realizzazione di nuovi ospedali e un piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione di quelli esistenti.

Particolare attenzione viene data infine al raccordo ospedale territorio tramite le disposizioni sulle case della salute (articolo 42) e sull'ospedale di comunità (articolo 43).

Relazione di minoranza

On. Ganau

pervenuta il 5 agosto 2020

Si tratta di una proposta di legge che interessa aspetti prioritari dell'organizzazione sociale e dei servizi essenziali alla popolazione che, come spesso sta capitando da un po' di tempo, arriva priva della necessaria ampia consultazione sui contenuti con i territori, gli operatori del settore sanitario, le rappresentanze sindacali, le associazioni dei malati e gli utenti.

Viene da chiedersi che fine abbia fatto l'ampia consultazione prevista ed annunciata in campagna elettorale come preliminare alla definizione delle riforme ed in particolare di quella sanitaria per cui si raccontava di una convocazione degli "Stati generali della sanità" che avrebbero dovuto indicare gli assi portanti della riforma. Non stupisce il parere del CAL che testualmente parla di "una linea di allontanamento della Regione dai territori e dai cittadini, in una nuvola di autoreferenzialità pernicioso che si traduce in provvedimenti evanescenti, tranne che per la gestione dei posti di potere".

L'oggetto sostanziale della proposta di legge riguarda la rivisitazione della governance del sistema sanitario regionale.

Va detto subito che è una legge che non interviene minimamente sul miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria e che non solo non contribuirà a dare risposta alle gravissime carenze attualmente testimoniate da tutti i territori ma verosimilmente contribuirà ad aggravarle passando per una gestione commissariale, quindi limitata all'ordinaria amministrazione di cui si parlerà più avanti.

Sostanzialmente si tratta di un ritorno indietro con la riproposizione delle Aziende sanitarie locali (ASL), senza peraltro un minimo di analisi che consentisse di individuare e correggere i limiti mostrati dalla precedente esperienza. Ricordo che le ASL agivano come 8 repubbliche indipendenti, con bilanci non confrontabili, con costo per la fornitura dei presidi sino a 10 volte superiori da una all'altra, sino ad incredibili differenze retributive a carico del personale a parità di mansioni svolte. Il tutto con una qualità dell'assistenza comunque non percepita come ottimale dai cittadini.

Si decide di interrompere un percorso, ancora in fase di evoluzione, caratterizzato da un accen-

tramento delle funzioni nell'azienda unica (ATS). Accentramento forse caratterizzato da un eccesso di centralizzazione che ha innegabilmente causato problemi nella gestione quotidiana ma che poteva essere corretta dando autonomia giuridica e gestionale ai direttori di Area socio-sanitaria locale, presenti sul territorio, dotandoli di specifico budget.

Che non tutto fosse da buttare con ATS lo testimoniate con la creazione di ARES (Azienda Zero) a cui sono demandate in forma centralizzata le principali funzioni di ATS, cioè la funzione di centrale unica per gli acquisti, la selezione e gestione del personale, la sua formazione, l'omogeneizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle ASL, gestione della committente inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie da privati. Di fatto una certificazione che queste funzioni centralizzate funzionano meglio come anche testimoniato dalla relazione tecnica della Giunta regionale che arriva a prevedere risparmi pari ad oltre 12 milioni di euro dalla sola centralizzazione degli acquisti.

A testimonianza della superficialità con cui è stata redatta sottolineo che originariamente non si prevedeva la figura del direttore sanitario obbligatorio in tutte le aziende sanitarie.

Di fatto questa proposta al di là delle enunciazioni di principio sulle finalità, tutte condivisibili, non tocca alcuno dei numerosi obiettivi che si prefigge:

- garantire i LEA in maniera omogenea;
- riorganizzazione della Medicina territoriale;
- riorganizzazione della rete ospedaliera;
- adozione del piano della prevenzione;
- integrazione di forme innovative (telemedicina).

Si limita a dare definizioni di principio e a rinviare a successivi interventi legislativi la soluzione di problemi.

Di fatto si tratta di una moltiplicazione degli enti del Sistema sanitario regionale che passano da 6 a 14. Con un incremento, per la sola attivazione delle ASL di ben 48 figure apicali (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo e revisori dei conti) che comporterà a regime un incremento dei costi tra i 3 e i 3,5 milioni di euro all'anno. A meno che non si voglia davvero sostenere il tetto di retribuzione di 82.000 euro per i direttori generali che non equivale neanche allo stipendio di un responsabile di struttura complessa e che inevitabilmente determinerà una difficoltà a reperire queste figure di dirigenti o comunque porterà ad un livellamento verso il basso della qualità degli stessi. Esattamente il contrario di quello che servirebbe con figure di alta professionalità e qualità in grado di governare le difficoltà del nostro sistema sanitario regionale.

Tra l'altro per il reclutamento e la selezione dei dirigenti si introduce un improbabile elenco regionale degli idonei, contravvenendo alle norme del decreto legislativo n. 171 del 2016 con cui si definisce l'elenco nazionale degli idonei alla carica di direttore generale da cui attingere obbligatoriamente. Una scelta che, se mantenuta, potrà esporre anche questo provvedimento ad una impugnativa del Governo davanti alla Corte costituzionale.

La data di attivazione delle ASL è ottimisticamente indicata nel 1° gennaio 2021, passando per un regime commissariale necessario per definire lo scorporo del personale, delle strutture, delle attrezzature, dei contratti attualmente in capo all'ATS.

Non serve essere veggenti, ma basta rifarsi alle difficoltà affrontate nell'incorporazione da parte di ATS, per comprendere che il percorso commissariale sarà ben più lungo di quello previsto e che comporterà una fase di incertezza e di difficoltà del sistema ben più lungo di un anno.

Credo che una riflessione in merito vada fatta sull'opportunità di mettere in piedi una tale strategia che limiterà all'ordinaria amministrazione il sistema sanitario della nostra regione in un momento

in cui è ancora in atto un'emergenza pandemica con una, non auspicabile ma possibile recrudescenza, a detta degli esperti epidemiologi, tra qualche mese. Una situazione che richiederebbe esattamente il contrario dell'ordinaria amministrazione.

Per il resto, come detto nulla cambia in termini di organizzazione della sanità e di erogazione dei servizi.

La legge si limita a proporre praticamente immutate le norme che regolano il SSN e quello regionale, in particolare la legge regionale 10 del 2006 con modifiche che hanno la caratteristica di accentrare alla Giunta regionale deleghe di fatto sottratte alle funzioni di indirizzo e controllo del Consiglio regionale.

Un breve cenno agli articoli 39 e 40 relativi alla realizzazione di nuovi presidi ospedalieri e del piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri che si limitano ad avocare alla Giunta regionale un piano specifico degli investimenti senza alcuna previsione. Su questo capitolo segnalo la mancanza di una copertura finanziaria certa testimoniata anche dalla relazione tecnica di accompagnamento, che confligge con la norma finanziaria dove le coperture sarebbero garantite dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 le cui risorse non risultano ad oggi disponibili nel bilancio regionale.

Sulla riorganizzazione territoriale, vera priorità della riorganizzazione del servizio sanitario regionale, ci si limita ad una citazione e definizione delle case della salute, degli ospedali di comunità anche in questo caso senza alcuna indicazione operativa con un rinvio alla definizione di un piano di riorganizzazione da definirsi con altro intervento legislativo.

Sarebbe utile chiarire il significato del testo dell'articolo 43 che prevede la possibilità di sperimentazioni gestionali anche pubblico-privato, anche con costituzione di una o più società di capitali. Una formulazione generica, senza alcun riferimento pratico che si presta ad ogni tipo di interpretazione.

In conclusione una riforma che sposta indietro le lancette dell'orologio, generando innegabili difficoltà in un momento ancora cruciale per la sanità sarda, che risponde più a logiche di spartizione del potere che ad un reale miglioramento dell'efficienza e che nulla modifica in termini di qualità della risposta sanitaria

Parere del Consiglio delle autonomie locali

Con riferimento alla vs. nota del 17 luglio 2020 n. CRS/P/5883. ai sensi della lettera e), comma 1, dell'articolo 9 della legge regionale 17 gennaio 2005, n. 1, si trasmette l'allegato parere.

L'esigenza di un ripensamento dell'organizzazione sanitaria regionale è stata enormemente accresciuta dall'emergenza ancora in corso, che ha messo a nudo le criticità di una organizzazione ispirata più a principi di contenimento della spesa che a garantire in maniera omogenea l'erogazione di servizi nelle diverse realtà della Regione.

La pandemia Covid ha dimostrato a tutti noi che la capacità di dare risposte efficaci ed articolate ad una emergenza diffusa è stata maggiore in quelle realtà locali nelle quali era presente una sanità territoriale ben organizzata e capace di interagire in maniera strutturata con l'ospedale, e che quindi il patrimonio di esperienze derivanti dalla gestione emergenziale deve essere trasferito, per quanto pos-

sibile, nel contesto di una nuova normalità, sviluppando o innovando modelli organizzativi che si sono dimostrati efficaci.

Tanto più che in una Regione come la nostra il diritto alla salute sembra avere consistenze diseguali per le comunità interne rispetto a quelle urbane, per le comunità montane rispetto a quelle di pianura, per le comunità isolate rispetto a quelle regionali.

A questo proposito, la proposta appare poco coraggiosa, poco incisiva e poco decisiva. In un momento in cui i disservizi sanitari si stanno estendendo a tutta la Sardegna, la carenza del personale appare drammatica e la situazione delle sedi disagiate ed insulari emerge in tutta la sua gravità. Ci si sarebbe aspettati l'individuazione di norme di natura straordinaria ed eccezionale miranti ad affrontare, con tutti i poteri del caso, ogni problematica in tempi brevi. Il governo regionale, attento ai reali bisogni di salute dei cittadini, dovrebbe saper cogliere l'occasione della riforma del sistema sanitario regionale per iniziare a delineare un nuovo modello di sanità quanto più vicina possibile ai cittadini ed ai territori, investendo nel miglior modo possibile l'enorme flusso di risorse finanziarie comunitarie che arriveranno con specifica destinazione. Perseguire l'obiettivo di avvicinamento dei servizi alla popolazione è un principio sacrosanto che tuttavia non deve rappresentare il vessillo da sbandierare ogni volta che si intende modificare l'impostazione organizzativa, quasi che questa fosse autosufficiente. La scelta del modello di governance può essere uno strumento, ma da solo insufficiente a costruire un'organizzazione concretamente capace di erogare servizi equivalenti, qualitativamente e numericamente. Dalla lettura sinottica del testo si ricava un'impressione opposta al principio di sussidiarietà laddove, come nell'articolo 8, la Commissione inspiegabilmente taglia il comma 5, una clausola performante che almeno lasciava una speranza di poter adottare correttivi, "In relazione sia a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche, sia alla dislocazione nel territorio delle strutture e dei servizi sanitari gli ambiti territoriali delle ASL possono essere modificati con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare ". Un indizio di mancanza d'attenzione verso le comunità, per un necessario confronto più volte evocato dai diversi territori e sempre disatteso. Trascurando l'equidistribuzione degli enti pubblici fino al punto di dimenticare la cortese risposta ad inviti e richieste istituzionali.

È inaccettabile che la Conferenza sanitaria della Gallura, così come altre prima, deliberi all'unanimità di chiedere al Presidente della Regione, alla Giunta regionale, al Presidente della Commissione regionale competente una seduta/incontro sul proprio territorio per discutere con premura delle emergenze della sanità del nord-est dell'isola e tale richiesta sia disattesa senza risposta alcuna. Si tratta di uno sgarbo istituzionale, non l'ultimo, che traccia, una linea di allontanamento della Regione dai territori e dai cittadini, in una nuvola di autoreferenzialità pernicioso che si traduce in provvedimenti evanescenti, tranne che per la gestione dei posti di potere. In effetti, la proposta di riforma segna una linea di continuità con la disciplina previgente: esautorazione di sindaci e comuni di strumenti e capacità d'intervento, ma li carica di responsabilità e di oneri della sanità territoriale nella fase ordinaria e, ancora di più, nelle fasi straordinarie. Il sistema di assistenza sanitaria dovrebbe essere fondato su metodi e tecnologie, scientificamente validi e socialmente accettabili oltre che economicamente sostenibili, in modo da essere universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità attraverso la loro piena partecipazione in uno spirito di fiducia e di autodeterminazione. Il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e delle comunità con il sistema sanitario della Regione, dovrebbe essere portato quanto più vicino possibile a dove la popolazione vive e lavora. Le risorse non devono per forza essere uguali per tutti i territori ma "aggiustate" per fattori demografici, socio-economici ed epidemiologici, tenendo conto che dove c'è maggior deprivazione c'è maggior malattia. Non si dovrebbe fare l'errore di scindere i bisogni della persona dal territorio di riferimento il quale deve essere capace di esprimere una cura, un'attenzione, che tenga conto di tutti i determinanti della salute. L'assistenza sanitaria nel territorio dovrebbe essere quanto più possibile distrettualizzata ed essere coinvolta, alla pari dell'assistenza ospedaliera e della rete dell'urgenza emergenza, nel generale percorso di riforma in atto nella Regione. La progressiva trasformazione dei presidi ospedalieri per pazienti acuti avvenuta negli ultimi anni ha creato nuovi bisogni e quindi necessità di nuove risposte, correlati alle fasi di stabilizza-

zione post acuzie di pazienti fragili e alla riacutizzazione di patologie croniche in pazienti in maggioranza anziani, che devono essere gestiti prevalentemente non in regime di ricovero ospedaliero ma nel livello territoriale, secondo criteri di appropriatezza, di qualità e con una forte capacità di integrazione strutturata tra professionisti territoriali e professionisti ospedalieri;

Sarebbe auspicabile costruire un'assistenza ospedaliera per intensità di cura al fine di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente o al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili.

Sarebbe quanto mai auspicabile ed opportuno riformare il modello finanziario, introducendo strumenti che valorizzino i risultati in salute vale a dire pagare la salute e non la malattia. Il riordino della rete ospedaliera dovrebbe andare di pari passo con l'organizzazione capillare della rete di assistenza territoriale. Ne deriva che, sarebbe opportuno prevedere un sistema ospedaliero incentrato su alte specializzazioni nei centri più grandi dell'Isola con una serie di ospedali a struttura modulare, diffusi nel territorio, dotati di un congruo numero di posti letto di terapia intensiva e capaci di adattarsi velocemente a quelle che, con sempre maggiore frequenza, rischiano di diventare le future epidemie. A ciò dovrebbe affiancarsi una adeguata rete territoriale, con infrastrutture di vicinanza (case della salute, strutture intermedie, poliambulatori, cure post acuto e sub acuto, cure domiciliari con infermiere di famiglia e infermiere di comunità). Sarebbe auspicabile prevedere in ambito regionale che i setting di cure intermedie siano orientati anche ai processi di recupero funzionale della persona e pertanto da attivare, ove possibile, in contiguità, strutturale o funzionale, con le strutture riabilitative o con reparti con funzioni riabilitative, al fine di facilitare i percorsi di presa in carico integrata e la sinergia degli interventi. Nell'immediato bisogna non trascurare la sanità bloccata dal virus e le difficoltà legate agli organici carenti, che rischiano di provocare la chiusura di molte strutture pubbliche a partire dagli ospedali più periferici.

La riforma proposta sembra, non incisiva, non interviene nel merito delle terribili carenze, di origine remota ma emerse con tragico clamore in questo periodo. Partire da una divisione delle strutture territoriali senza aver prima posto rimedio al disastro ordinamentale delle istituzioni intermedie ovvero, senza aver individuato il pilastro istituzionale di erogazione di funzioni di area vasta, toglie radici a qualsiasi tentativo di riorganizzazione dei servizi al cittadino. Ne costituisce prova un decennio di incertezze sull'ente sovracomunale, un decennio di mancanza di interlocutori amministrativi e politici a cui riferire precise responsabilità della dismissione dei servizi della scuola, della manutenzione delle strade provinciali, etc. Ne costituisce prova una prolungata amministrazione commissariale orientata prima alla liquidazione e poi ad un destino ancora nebuloso. Certo non può ritenersi sufficiente la riproposizione o ripermetrazione geografica delle province se non accompagnata dalla fondamentale dote di funzioni, di competenze, di risorse. La definizione delle ASL e l'individuazione delle loro dimensioni ottimali sono strettamente legati al nuovo ordinamento delle autonomie locali, l'istituzione dei nuovi enti territoriali, alla ricerca delle dimensioni ottimali per comporre le esigenze di razionalità tecnica ed economica, per l'esercizio delle funzioni con i doveri di rappresentanza democratica, assume un ovvio rilievo sulla definizione degli ambiti delle ASL. Sarebbe stato opportuno preventivamente concludere l'iter di riforma dei territori e poi quello sanitario.

Al sistema delle autonomie locali, per consolidata esperienza, preoccupa il ricorso (ancora una volta) al commissariamento "transitorio" del passaggio da un modello ad un altro, giustificato dall'attesa della sistemazione di tasselli istituzionali che devono essere pensati ed organizzati secondo un preciso ordine e una visione complessiva. Invertire l'ordine o attendere l'assestamento inficia ab origine anche i migliori principi e le migliori intenzioni, genera confusione, incertezza, rallenta i processi produttivi e il sistema socio economico, impedisce il raggiungimento dei risultati fissati.

I poteri commissariali certamente agevolano lo snellimento dei processi decisionali ma non il confronto, ma non la capacità degli amministratori di controllare e contribuire alle politiche sanitarie che determinano la qualità della vita delle proprie comunità.

Il Consiglio delle autonomie locali segnala la necessità di disegnare un sistema sanitario regionale proiettato nel futuro, con il ricorso all'innovazione digitale, liberato dalle pastoie burocratiche, dalle ossessioni ottocentesche della documentazione cartolare. Basti pensare alla recente digitalizzazione delle prescrizioni dei medicinali che i farmacisti sono costretti a stampare per poter documentare l'avvenuta vendita attraverso l'apposizione delle fustelle.

Il tema della governance in un processo di capillarizzazione dei servizi sanitari non potrà che accentuarsi nell'immediato futuro che si prevede indirizzato verso la sanità digitale e la telemedicina. La modernizzazione dei processi, le diagnosi e cure a distanza non devono piegarsi a logiche di risparmio e devono tenere ben saldo il rapporto con la persona e con le comunità. L'accentramento amministrativo che fa da sfondo al disegno di legge si intravede proprio nell'indeterminatezza dei rapporti di condivisione con i territori, che registrerebbero un nuovo dress code del decentramento sanitario rimanendo immutata la capacità di incidere sulle scelte di cura locale, sui servizi sanitari specifici e sull'effettiva equivalenza di tutela delle comunità. Il messaggio chiave è che il cambiamento è accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che li riguardano, ma resistono quando il cambiamento viene imposto da altri. Se si costruisce una prospettiva condivisa e si attinge a nuovi paradigmi del pensiero, forse si potranno superare le prestazioni degli attuali rigidi sistemi e si potrà creare un sistema più efficiente e cucito su misura per i nostri territori, in relazione alle proprie esigenze e ottimizzando le risorse a disposizione. Ciò non significa che vi debba essere una mera riduzione delle risorse da spendere, questo periodo ha evidenziato la negatività del perseguimento di un rigore della spesa, per cui la conseguenza è che il modello di controllo di gestione incentrato solo su obiettivi economici, denuncia tutti i suoi limiti in ambito sanitario con la conseguenza che si rende necessario allargare la rosa degli obiettivi e individuare parametri capaci di delineare con la massima completezza la responsabilità di ciascuna azienda sanitaria.

In questo senso, la Conferenza dei sindaci deve ricoprire un ruolo fondamentale in termini programmatori e soprattutto nella valutazione dei risultati in quanto resta fermo il diritto-dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali. Viene confermata l'esigenza di un ruolo delle autonomie locali nei confronti delle ASL, finalizzato a garantire uno specifico livello programmazione locale e a verificare l'andamento generale dell'attività delle USL, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale e alla Regione.

Tuttavia, con uno spirito critico ma, al tempo stesso propositivo, il suggerimento che nasce spontaneo è di individuare un indirizzo politico che possa individuare in maniera chiara un'organizzazione dei servizi sanitari in un sistema sanitario pubblico in grado di migliorare e/o salvaguardare lo stato di salute dei suoi cittadini. Nelle more di un cambiamento, teso al miglioramento del Sistema salute e che tenga conto delle prospettive future a partire proprio dai processi che ne hanno caratterizzato la forma attuale, il confronto tra le varie istituzioni assume un valore strategico così come confrontarsi con l'evoluzione demografica, epidemiologica, culturale e sociale della nostra Regione.

Per rendere possibile il cambiamento, quindi, occorre mettere assieme tutte le energie, confrontare le buone pratiche, creare un rapporto sinergico fra tutti i protagonisti coinvolti, responsabilizzare nella condivisione e fornire efficaci strumenti decisori a tutte le istituzioni che operano a vari livelli e, soprattutto, realizzare una rete sanitaria, che abbandoni l'idea di sanità come semplice voce di costo per concentrarsi, invece, sul concetto di salute come valore e occasione di investimento, in grado di essere più vicino alle persone e ai bisogni di salute che esse esprimono. In media res, in Sardegna sono presenti, nelle varie zone, dei piccoli ospedali, alcuni dotati di pronto soccorso perché definiti di zona disagiata come Bosa. Alcune strutture sono limitrofe alla Strada statale n. 131 o a centri abitati dotati di strutture sanitarie importanti (es. Ittiri, Thiesi, Bonorva, Macomer, Ghilarza). Per ognuna di queste realtà si dovranno valutare le migliori integrazioni nell'ambito del Piano emergenza/urgenza dell'AREUS e per gli ospedali di comunità. Sempre nell'ambito delle zone più periferiche distanti dalle strutture sanitarie di 1° e 11° Livello (Sorgono, Isili, Ozieri, Lanusei, Carbonia/Iglesias, San Gavino e nelle Isole minori si propone, attraverso l'articolo 19 (Funzionamento e potenziamento della sanità militare) della legge Rilancio, che nei territori delle Isole della Maddalena, Carloforte e San Pietro,

nell'ambito dei tenitori dell'Ogliastra e Iglesiente il Servizio sanitario sia rafforzato da personale sanitario della Marina militare italiana e dell'Esercito (come peraltro avvenuto durante la fase acuta della pandemia in varie strutture della Sardegna): una sorta di compenso per la presenza militare in quei territori. Tale integrazione dovrà essere garantita fino all'espletamento dei concorsi e alla assunzione di nuovo personale sanitario.

Parere della Prima Commissione permanente

La Prima Commissione, nella seduta pomeridiana del 28 luglio 2020, ha espresso a maggioranza l'allegato parere sul disegno di legge in oggetto. La Prima Commissione, apprezzando le finalità che il testo unificato D.L.112-P.L.-121 intende realizzare, formula alcune osservazioni per gli aspetti di competenza.

- a) Con riferimento all'Istituzione delle aziende sanitarie locali, condivide l'impostazione del testo unificato che definisce gli ambiti territoriali delle ASL (art. 8) in maniera coerente con la discussione in corso di svolgimento in Prima Commissione sul riassetto del territorio regionale (testo unificato PP.LL. 6-20-155-76).
- b) In ordine al ruolo del Consiglio regionale, in particolare, si invita la Commissione richiedente il parere a valutare gli aspetti di seguito evidenziati.
 - 1) Sull'adozione dell'atto aziendale ARES-Azienda regionale della salute (art. 4, comma 5)
A differenza di quanto stabilito per l'adozione o la modifica dell'atto aziendale delle ASL, per cui si richiede il parere della Commissione consiliare competente, non è prevista analoga forma di coinvolgimento del Consiglio regionale nell'adozione dell'atto aziendale dell'ARES-Azienda regionale della salute. Si rileva l'opportunità di inserire la previsione di tale parere.
 - 2) Sulla programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale (art. 29)
Si rileva che il testo unificato D.L.112-P.L.-121 stabilisce, al comma 5 dell'articolo 29, che il Piano regionale detti soltanto le linee guida per la definizione della rete ospedaliera anziché la definizione della rete nel suo complesso come, invece, prevede attualmente la legge regionale n. 10 del 2006 (art. 12). Tali previsioni rischiano di depotenziare il ruolo del Consiglio regionale cui compete approvare la proposta di piano. Nel testo unificato D.L.112-P.L.-121, inoltre, si prevede all'articolo 29, comma 2, che "spetta alla Giunta regionale approvare gli atti che costituiscono attuazione del Piano dei servizi sanitari e in particolare la rete ospedaliera" e non viene riprodotta la previsione dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale n. 10 del 2006 in base alla quale "Le linee guida e i progetti-obiettivo attuativi del Piano regionale dei servizi sanitari sono adottati dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, che lo esprime entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi i quali il parere si intende espresso positivamente"
 - 3) Servizi sanitari e sociosanitari sul territorio (art. 34)
Si rileva che l'esercizio del potere sostitutivo della Giunta regionale nell'individuazione dei distretti, previsto nell'ultimo periodo del comma, 5, dell'articolo 34 del testo unificato D.L.112-P.L.-121, non contempla più il parere della Commissione consiliare competente come prevede, invece, l'attuale dettato dell'articolo 17, comma 7, della legge regionale n. 10 del 2006. Si suggerisce l'opportunità di riportare la previsione del parere obbligatorio della Commissione nel testo unificato.
- c) Sulla nomina del Direttore generale (art. 10)
Si invita la Commissione richiedente il parere a valutare la piena coerenza rispetto a quanto previsto dalle disposizioni nazionali di cui al decreto legislativo n. 171 del 2016, nella misura in cui il testo unificato D.L.112-P.L.-121, prevede di attingere all'elenco regionale di idonei oppure a quello nazionale. Gli articoli 1 e 2 del decreto legislativo n. 171 del 2016, in merito, prevedono una doppia selezione articolata su:
 - un elenco nazionale di idonei istituito presso il Ministero della salute sulla base di una valutazione operata da una Commissione nazionale;

- una ulteriore selezione operata dalla Regione alla quale possono partecipare unicamente gli iscritti nell'elenco nazionale, effettuata da una commissione regionale nominata dal Presidente della Regione che sceglie direttamente il direttore generale sulla base di una rosa di candidati che hanno superato positivamente la selezione.

I medesimi suggerimenti si estendono anche in relazione alle previsioni del testo unificato sul Commissario delle ASL (art. 10, comma 12) e alle cariche di vertice aziendali all'articolo 12.

La Prima Commissione formula le summenzionate osservazioni nella consapevolezza del fatto che l'autonomia in merito a molte scelte relative al personale in materia sanitaria discende dalla circostanza per cui la Regione ne sostiene interamente i costi.

Parere della Terza Commissione permanente

La Terza Commissione, nella seduta di mercoledì 22 luglio 2020, ha espresso a maggioranza l'allegato parere favorevole con osservazioni sugli aspetti finanziari del provvedimento in oggetto.

La Commissione ha nominato relatore in Consiglio, ai sensi dell'articolo 45, comma 2, del Regolamento interno, il Presidente.

Il testo in esame si propone di ridefinire il sistema sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione superando la precedente organizzazione incentrata su una unica azienda territoriale (Azienda per la tutela della salute) e conservando, nel contempo, gli aspetti positivi della governance unitaria di alcune funzioni del sistema che faranno capo all'istituenda Azienda regionale della salute (ARES).

Il provvedimento prevede, fondamentalmente, l'articolazione del nuovo Sistema sanitario regionale pubblico nei seguenti enti di governo:

- a) Azienda regionale della salute (ARES);
- b) otto 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).

L'articolo 17 (Ospedale Microcitemico e Ospedale Businco), introdotto dalla Commissione di merito durante l'esame in sede referente, dispone che il Presidio ospedaliero "A. Cao" e il Presidio ospedaliero "Businco" attualmente facenti parte dell'ARNAS "G. Brotzu" siano trasferiti all'Azienda sanitaria n. 8 dalla data della sua costituzione.

Il disegno di legge n. 112 è corredato dalla relazione tecnica-finanziaria di cui all'articolo 33, comma 3, della legge regionale n. 11 del 2006 (legge regionale di contabilità).

Nella ricostruzione operata dalla Giunta si prevede che "a fronte di un costo complessivo attuale di euro 5.066.112,08 si avrà un costo di euro 5.502.783,07 con un incremento di euro 436.670,99 che troveranno copertura nelle risorse disponibili iscritte in conto nella missione 13 - programma 1 - SC05.0001" e che "il consolidamento dell'accentramento dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento degli stessi in capo all'istituenda Azienda regionale della salute si prevede possa determinare, per l'anno 2020 un risparmio, di circa euro 12.500.000 annui (vedi Allegato n. 1 alla Deliberazione della Giunta regionale n. 64/17 del 28 dicembre 2018, Intervento 9.2: Centralizzazione degli acquisti - Adesione a Consip)".

Il complesso progetto riformatore in esame si scontra con la cronica limitatezza delle risorse umane, strumentali e finanziarie che annualmente è possibile destinare a supporto del servizio sanitario regionale.

La Terza Commissione consiliare, nel prendere atto degli elementi informativi contenuti nel predetto documento, esprime parere favorevole con le seguenti osservazioni sui profili finanziari del provvedimento:

- a) si evidenzia l'esigenza di un'integrazione e rafforzamento del contenuto della relazione tecnica-finanziaria sotto il profilo della quantificazione, specialmente nelle parti che prevedono, da un lato, risparmi di spesa e, dall'altro, maggiori costi legati all'istituzione di nuovi organi monocratici e collegiali e al rinnovo delle strutture ospedaliere pubbliche, dando maggiormente conto del loro proiettarsi negli esercizi considerati nel vigente bilancio di previsione 2020-2022 e in quelli successivi in aderenza ai principi contabili di cui al decreto legislativo n. 118 del 2011 che richiedono, in primis, un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale;
- b) al fine di assicurare maggiore coerenza tra il contenuto della relazione tecnica-finanziaria e la norma finanziaria, invita la Commissione di merito a valutare l'opportunità di riformulare il comma 1 dell'articolo 49 (Norma finanziaria) nei seguenti termini: "La Regione attua le disposizioni previste nella presente legge nei limiti delle risorse finanziarie disponibili stanziare annualmente con legge di bilancio in favore del Fondo sanitario regionale (missione 13 - programma 1 - SC05.0001)".

TESTO DELLA COMMISSIONE

Titolo: 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) 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;
- d) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- e) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla parti-

- colare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- f) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari;
 - g) 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;
 - h) 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 Sistema sanitario

1. Il Sistema 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 econo-

micità.

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'Azienda ospedaliera Brotzu, l'Areus e le Aziende ospedaliere 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 modificazioni ed integrazioni con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- b) gestione delle procedure di selezione del personale del servizio sanitario regionale, sulla base delle esigenze rappresentate dalle singole aziende con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità;
- 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);
- 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.

4. La Giunta regionale determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'Ares, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità che ne verifica l'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 servizio è svolto dall'istituto tesoriere dell'azienda regionale esistente che presenta le migliori condizioni contrattuali.

6. L'Ares nell'interesse della Regione su indicazione dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità può svolgere 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 dal 2021 è istituito un apposito capitolo di spesa.

Art. 4

Organi dell'Ares

1. Sono organi dell'Azienda regionale della salute:

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

2. Il direttore generale 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) adozione dell'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 redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e la presenta all'Assessore regionale competente in materia di sanità.

8. 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.

9. 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.

10. Le sedute del collegio sindacale sono vali-

de quando è presente la maggioranza dei componenti; il componente che, senza giustificato motivo, non partecipa a due sedute consecutive decade dalla nomina.

11. Il collegio sindacale:

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

12. 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'Azienda regionale della salute 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 gli enti suindicati 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 previsto dal 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. Sono obbligatori i seguenti libri:

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

Capo III

Ordinamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 8

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 previsto 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;
- c) Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra;
- d) Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano;
- e) Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano;
- f) Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis;
- g) 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.

5. Le aziende di cui al comma 2 e quella di cui all'articolo 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.

Art. 9

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. 10

Direttore generale

1. Il direttore generale 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 pubblico, 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, 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 e 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, 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.

12. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario regionale, il commissario può essere scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco regionale degli idonei oppure in quello nazionale.

13. 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 modificazioni e integrazioni

Art. 11

Direttore sanitario e amministrativo

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.

2. L'incarico di direttore amministrativo e di direttore sanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. In caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure previste dal presente articolo.

Art. 12

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 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 dalla lettera c) del comma 2 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 modificazioni, 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. 13

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'econo-

mia 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. 14

Collegio di direzione

1. Gli atti aziendali stabiliscono la composizione e le attribuzioni del collegio di direzione sulla base degli indirizzi regionali di cui all'articolo 15, comma 3, prevedendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella 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. 15

Atto aziendale delle ASL

1. L'atto aziendale previsto nell'articolo 8, comma 2, è adottato o modificato dal direttore generale, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, di cui all'articolo 32, 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 azienda-

le 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. 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 intera-

ziendale, 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 "G. Brotzu" (ARNAS)

Art. 16

Disposizioni sull'ARNAS "G. Brotzu"

1. L'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "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 15.

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 15, comma 2.

Art. 17

Ospedale Microcitemico e Ospedale Businco.

1. Il Presidio ospedaliero "A. Cao" e il Presidio ospedaliero "Businco" attualmente facenti parte dell'ARNAS "G. Brotzu" sono trasferiti all'Azienda sanitaria n. 8 dalla data della sua costituzione.

2. Ai fini della concreta attuazione del comma 1, il Commissario dell'Azienda ospedaliera Brotzu, nell'ambito del processo di adeguamento istituzionale ed organizzativo previsto dall'articolo 45, fornisce al Commissario dell'ATS tutti i dati necessari al fine di potere predisporre il progetto di scorporo e lo schema di nuovo atto aziendale.

Capo V

Ordinamento delle aziende
ospedaliero-universitarie (AOU)

Art. 18

Disposizioni sulle aziende
ospedaliero-universitarie (AOU)

1. Le aziende ospedaliero-universitarie sono disciplinate sulla base 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 legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche e 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 aziende ospedaliero-universitarie 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'azienda ospedaliero-universitaria 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 e 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'azienda ospedaliero-universitaria avviene secondo le modalità stabilite dall'articolo 7 e dall'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche e integrazioni.

Capo VI

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

Art. 19

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 ex-

tra-ospedaliero ed i relativi controlli.

3. Il servizio di trasporto sanitario risponde a criteri di efficacia e di efficienza e può essere effettuato anche facendo ricorso ad affidamenti esterni con soggetti convenzionati.

Art. 20

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

1. L'Areus garantisce l'operatività del servizio 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. 21

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 10, 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 funzionamento dell'Areus, la composizione degli organi e le relative procedure di nomina sono regolati, in quanto compatibili, da tutte le norme previste per l'ARNAS.

Capo VII

Ordinamento degli organismi aziendali consultivi e status della dirigenza sanitaria

Art. 22

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. 23

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 e 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 e 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. 24

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. 25

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 e 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 26 e 27. L'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR è subordinato all'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi dell'articolo 28. 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 29.

3. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il SSR è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e 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 e integrazioni, sono raccordate con le attività e le funzioni delle ASL, di regola a livello distrettuale.

3. 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. 26

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. Ai soggetti di cui all'articolo 8 ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e 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. 27

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 e 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 nel comma 4 dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e 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'au-

torizzazione 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 nonché 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 Organismi tecnicamente accreditanti (OTA) di cui alle intese tra il Governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento 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. Ogni anno, i comuni, inoltre, trasmettono 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, nonché 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. 28

Accreditamento istituzionale

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate ai sensi dell'articolo 27 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. 29

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. 30

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 SSR 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. Spetta alla Giunta regionale approvare gli atti che costituiscono attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari e in

particolare attuazione della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza-urgenza, della rete territoriale riabilitativa, della rete delle cure primarie e delle reti di cura.

3. Nella predisposizione della proposta di piano di cui al comma 1, l'Assessore regionale competente in materia di sanità promuove una larga consultazione della comunità regionale, secondo i principi stabiliti dalla presente legge.

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 SSR 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. 31

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 33.

2. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui all'articolo 34, 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 predisporre 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. 32

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 lo-

cale 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. 33

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'attuazio-

- ne degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale;
- d) esprime il parere previsto dall'articolo 10, 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 di cui al comma 1 esprime i pareri di propria competenza entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come positivi.

Art. 34

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 e integrazioni.

2. Le funzioni di supporto metodologico e tec-

nico-scientifico all'Assessorato regionale competente in materia di sanità per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1 possono essere svolte dall'Azienda regionale della salute (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. 35

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) dipartimento di prevenzione, articolato ai sensi dell'articolo 7 quater, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni;
- b) 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 e 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 geomorfologiche 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 e 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 e 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.

Titolo IV

Finanziamento, gestione e controllo del sistema sanitario regionale

Capo I

Finanziamento, gestione e controllo del sistema sanitario regionale

Art. 36

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 delle ASL 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, al-

la 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 alle ASL 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 e 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. 37

Contabilità economico-patrimoniale

1. Il sistema di contabilità delle aziende sanitarie si informa ai principi e alle disposizioni del codice civile, 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 come ripartito a norma dell'articolo 36, 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 competenza ai sensi di quanto disposto dall'articolo 39.

3. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del servizio sanitario regionale, di cui al comma 2, 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. 38

Sistema di programmazione e controllo

1. Il sistema di programmazione e controllo 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 stabiliti dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, tenuto conto del sistema informativo sanitario nazionale e regionale.

Art. 39

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 consoli-

dato 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 e 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. 40

Realizzazione di nuovi presidi ospedalieri

1. La Giunta regionale, su proposta dell'Asses-

sore 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. 41

Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri

1. Sulla base dei dati acquisiti ai sensi dell'articolo 40, 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 SSR

Art. 42

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 ser-

vizio 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 possono assicurare, 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 dia-

- gnostici 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, 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. 43

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. 44

Sperimentazioni gestionali in sanità

1. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, 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. 45

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 8 e del commissario straordinario per la redazione del progetto di attivazione dell'Ares.

3. Il commissario straordinario, a cui è attribuito il compito di definire il progetto di attivazione dell'Azienda socio sanitaria locale n. 1 di Sassari, ha anche l'onere di dirigere l'Azienda per la tutela della salute di cui all'articolo 1 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)) fino al 31 dicembre 2020. Gli incarichi di cui trattasi non sono prorogabili.

4. Entro la scadenza del proprio mandato il commissario straordinario dell'Azienda socio sanitaria locale n. 1 di Sassari provvede all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, disponendo il trasferimento all'Azienda regionale della salute (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.

5. I commissari straordinari, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, predispongono, 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 di cui alla presente legge.

6. 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.

7. 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.

8. Per la predisposizione dei progetti di scorporo ogni commissario straordinario è supportato da massimo cinque collaboratori scelti tra il personale in servizio presso l'Azienda per la tutela della salute. Ogni commissario 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.

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

10. 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 3 novembre 1999, n. 509, 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.

11. La retribuzione dei commissari straordinari è pari a euro 85.000 onnicomprensivi annui. La retribuzione del dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 1 di Sassari è pari a euro 120.000 onnicomprensivi annui.

12. L'Azienda di cui all'articolo 3 e quelle di cui all'articolo 8, comma 2, 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. 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 13 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, che pure sono specificamente 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, con propria deliberazione adottata su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, acquisito il parere della competente Commissione consiliare, può apporre 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 n. 58 dell'11 dicembre 2017.

Art. 46

Sospensione delle procedure sui portali SUAPE e SUS

1. Al fine di dare applicazione alle disposizioni di cui agli articoli 27, 28, 29 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.

Capo II

Disposizioni finali e abrogazioni

Art. 47

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. 48

Abrogazioni

1. Sono abrogate:

- a) la legge regionale n. 10 del 2006;
- b) il comma 3 dell'articolo 21 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 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione per l'anno 2016 e per gli anni 2016-2018 (legge di stabilità 2016));

- h) l'articolo 1 della 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 27 luglio 2016, n. 17;
- 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 altresì abrogate tutte le disposizioni in contrasto con le norme della presente legge.

Art. 49

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 SC 05.0001).

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 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 1988)) e, eventualmente, con capitali privati attraverso il ricorso a forme di finanziamento compatibili con l'attività della pubblica amministrazione.

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 n. 10 del 2020 (legge di stabilità 2020) iscritte alla missione 14 -

programma 04 - titolo 2 - capitolo SC05.0045.

Art. 50

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).

RELAZIONE DEL DISEGNO DI LEGGE N. 112

Il presente disegno di legge intende modificare l'organizzazione del Servizio sanitario regionale per renderlo maggiormente aderente ai bisogni della popolazione superando la precedente organizzazione incentrata su una unica azienda territoriale e nel contempo conservando gli aspetti positivi della governance unitaria di alcune funzioni del sistema.

Tale nuovo modello si radica sulla scelta strategica di posizionare il livello decisionale/manageriale il più vicino possibile ai bisogni dei cittadini affinché il ruolo precipuo del Servizio sanitario, ossia quello di rispondere alle necessità assistenziali della popolazione, sia effettivamente garantito.

L'assetto oro-geografico del territorio, la scarsa densità abitativa, le vie di comunicazione rendono indispensabile la ristrutturazione dell'architettura del sistema dei servizi socio-sanitari al fine di garantire in maniera soddisfacente l'erogazione degli stessi, non solo nei grandi centri ma anche nelle aree rurali e nelle piccole isole che, per definizione, sono distanti dagli agglomerati urbani, presso i quali sono principalmente allocate le strutture sanitarie. È onere della pubblica amministrazione garantire a tutti i cittadini la maggiore qualità possibile dei servizi sanitari ed allocarli il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro.

Per queste ragioni la Regione autonoma della Sardegna esercita la propria potestà legislativa in materia di tutela della salute in applicazione del comma terzo dell'articolo 117 della Costituzione.

L'articolato proposto vuole inoltre superare tutte le precedenti norme che si sono affastellate nel tempo in materia di diritto sanitario regionale così da rendere disponibili per i cittadini e per tutti gli operatori del settore un unico strumento avente lo scopo di regolare ordinatamente il funzionamento del Servizio sanitario regionale in maniera chiara e trasparente.

La scomposizione dell'Azienda per la tutela della salute, costituita con la 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)), in otto aziende socio-sanitarie consentirà di presidiare con maggiore cura ed attenzione i bisogni dei cittadini. Le funzioni pubbliche, tra le quali rientra la tutela della salute, devono essere svolte al livello più vicino possibile ai cittadini, da organizzazioni che ne sappiano cogliere i bisogni e siano strutturate per farvi fronte.

Le aziende, dotate di autonomia gestionale ed organizzativa, saranno allocate presso tutte le province della Regione ed i loro manager avranno l'onere di occuparsi principalmente del soddisfacimento delle necessità assistenziali in quanto, le più significative attività amministrative, saranno svolte da una azienda all'uopo dedicata denominata Azienda regionale della salute (ARES).

Tale strutturazione consentirà al management pubblico di dedicare la propria attività all'organizzazione dei servizi ed alla verifica della loro reale rispondenza ai bisogni della popolazione, attribuendo all'ARES il compito di svolgere gare centralizzate per l'acquisto di beni e servizi, di occuparsi del reclutamento e gestione degli aspetti amministrativi inerenti il personale, della committenza in materia di acquisto di prestazioni da erogatori privati di prestazioni sanitarie e nel contempo assicurare che le attività trasversali di tutte le aziende del servizio sanitario regionale, quali la gestione del patrimonio, la cura dei documenti contabili e di accountability siano omogenee, raffrontabili e trasparenti. Nel contempo saranno garantite le economie di scala ed il fatto che le migliori competenze regionali

nelle materie suddette siano accentrate in un'unica organizzazione posta al servizio di tutte le aziende sanitarie regionali, quindi anche di quelle ospedaliere e dell'azienda dell'emergenza-urgenza regionale.

Il nuovo Sistema sanitario regionale pubblico è articolato nei seguenti enti di governo:

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

Questa rinnovata organizzazione del Servizio sanitario regionale si basa su un sistema di rapporti tesi a coinvolgere, consentendo lo snellimento del processo decisionale, tutti gli attori del sistema impegnati a rilevare ed in una certa misura a soddisfare i bisogni di salute. Questi sono, oltre alle aziende sanitarie, gli enti locali, con i quali deve essere rafforzato il momento del confronto e garantita l'attività di controllo dei risultati di salute, le Università, l'Azienda regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna e l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna. La disciplina dei controlli di quest'ultimo viene aggiornata e resa omogenea a quella delle altre aziende pubbliche che producono servizi sanitari.

Il rilevante ruolo delle università in tema di didattica e ricerca è rafforzato da un sistema di regole che consentiranno al potere esecutivo di modulare i necessari interventi per consolidare l'accreditamento dei corsi universitari e post universitari garantendo la disponibilità di strutture e volumi di servizi come richiesto dalla disciplina nazionale.

Vengono, inoltre, introdotte nuove norme circa le autorizzazioni e gli accreditamenti delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di bassa complessità che burocratizzano i procedimenti amministrativi e rendono la pubblica amministrazione capace di rispondere celermente alle richieste degli imprenditori privati e della sanità pubblica, responsabilizzando gli operatori richiedenti gli atti di cui trattasi, che certificano il possesso dei necessari requisiti di qualità che le disposizioni regionali stabiliscono.

Il ruolo di guida e controllo del sistema è assicurato dal decisore politico, rappresentato dalla Giunta regionale ed in particolare dall'Assessore competente in materia sanitaria, che avvalendosi di manager tecnici, ha l'onere di conseguire gli obiettivi di salute che il Consiglio regionale stabilisce nel Piano Socio-sanitario regionale e negli atti assegnati alla sua competenza ed a quella della competente commissione consiliare. Siffatto modello conserva nelle mani dei rappresentanti dell'Autonomia regionale il compito di stabilire gli obiettivi di salute per assicurare il soddisfacimento delle necessità dei cittadini attribuendo ai manager pubblici più equilibrati poteri rispetto al modello organizzativo precedente. Si è reso necessario superare il modello di cui alla citata legge regionale n. 17 del 2016 in quanto lo stesso ha accentrato in maniera verticistica tutte le decisioni organizzative depauperando di significato e di reale capacità di incidere il middle management, che per contro rappresenta in tutte le organizzazioni sanitarie moderne, la chiave di volta tramite la quale sostenere il sistema e per il quale percepire le esigenze della popolazione da assistere. La strutturazione verticistica ha, inoltre, creato un fenomeno per il quale la capacità/possibilità di incidere del top management sui contesti locali si è di fatto ridotta considerevolmente rispetto alla previgente organizzazione.

Le aree socio-sanitarie non sono state in grado di svolgere la loro funzione di intercettazione e facilitazione dei processi di riorganizzazione, hanno in realtà creato solo un livello burocratico ulteriore rispetto a tutte le altre organizzazioni sanitarie italiane senza produrre i benefici attesi. Ugualmente dicasi per i Presidi unici di area omogenea che hanno assemblato realtà operative considerevolmente diverse e lontane sia nello spazio che nel tempo. Tale raggruppamento non ha consentito di superare le complessità organizzative ed anzi, alla luce delle disposizioni del decreto del Ministero della salute 2

aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), è stato valutato come incoerente con quest'ultimo. Difficilmente il modello di cui trattasi potrebbe rappresentare il modello di cooperazione tra le strutture erogatrici alle quali la disciplina nazionale assegna ruoli specifici e strutturati secondo livelli gerarchici definiti in base a caratteristiche standard quali il bacino di utenza, i volumi di attività erogati e gli esiti delle cure.

Per raggiungere l'assetto istituzionale sopra descritto si rende indispensabile prevedere la redazione di un progetto di riorganizzazione che sia articolato di modo che le nuove aziende possano essere immediatamente operative all'atto della loro costituzione. Nel frattempo deve, inoltre, essere garantita l'operatività del sistema. Per raggiungere questi due obiettivi la norma qui proposta prevede che la nuova organizzazione sia preceduta da un necessario lasso di tempo utile a definire gli assetti operativi ed i rapporti tra le costituenti aziende socio-sanitarie locali. Devono essere individuati nove commissari, uno per ogni costituenda azienda, esperti in tema di organizzazione di servizi sanitari ai quali affidare le attività di cui sopra, che sotto il coordinamento dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, provvedano a pianificare l'avvio delle nuove aziende. Al commissario a cui saranno affidati i compiti di cui trattasi per la provincia del sud Sardegna e per l'Area metropolitana di Cagliari è dato anche l'onere di gestire l'Azienda per la tutela della salute fino alla sua liquidazione.

Al fine di meglio identificare e selezionare i manager che dovranno gestire le aziende sanitarie sarde sono istituiti appositi elenchi regionali degli idonei alle cariche di vertice.

Relazione sull'attuazione digitale della proposta normativa ai sensi dell'articolo 10, comma 2 della legge regionale n. 24 del 2016

Il presente disegno di legge prevede la riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. I procedimenti dalla stessa derivanti saranno gestiti attraverso i sistemi informativi già in uso da parte dell'Amministrazione regionale e delle aziende sanitarie. Tuttavia, il riassetto organizzativo previsto dalla proposta normativa determina la modifica degli applicativi esistenti (es. anagrafiche di base delle strutture, delle utenze e delle rispettive abilitazioni, ri-configurazione degli applicativi verticali, etc.) e il coinvolgimento di enti e soggetti esterni verso i quali la Regione e le aziende sanitarie hanno specifici debiti informativi (es. Mef, Min Salute, INPS, INAIL, etc.).

La scelta operata dalla proposta normativa di istituire ASL i cui ambiti territoriali sono coincidenti con quelli delle otto aziende sanitarie locali oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3 dell'abrogata 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) (attuali ASSL dell'Azienda della tutela della salute) determina un minore, seppur consistente, impatto sui sistemi informativi esistenti rispetto all'ipotesi di istituzione di ASL con ambiti territoriali coincidenti con una o più frazioni delle attuali ASSL.

RELAZIONE DELLA PROPOSTA DI LEGGE N. 121

La presente proposta di legge mira a incidere sul sistema sanitario regionale al fine di superare le situazioni di criticità emerse.

La stessa contiene, quindi, disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale nonché 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), alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale) e alla 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).

L'articolo 1 contiene la modifica dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale e individua le strutture che comporranno il nuovo assetto.

L'articolo 2 contiene la disciplina relativa alla costituzione delle nuove aziende sanitarie.

L'articolo 3 prevede la soppressione dell'AREUS.

L'articolo 4 dispone che il Presidio ospedaliero "A. Cao" e il Presidio ospedaliero "Businco" sono ritrasferiti alla costituenda azienda sanitaria n. 8, atteso il riscontrato fallimento della precedente decisione di accorparli all'Azienda ospedaliera Brotzu.

L'articolo 5 prevede che le nuove aziende si associno o consorzino al fine dello svolgimento in modo accentrato di funzioni.

L'articolo 6 prevede disposizioni per superare criticità presenti nella deliberazione del 25 ottobre 2017 (pubblicata in data 11 dicembre 2017 sul BURAS n. 58) del Consiglio regionale, con la quale è stata approvata la ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna.

L'articolo 7 disciplina l'istituzione di un ufficio liquidazioni con la funzione di liquidazione di tutti i debiti esistenti alla data di costituzione delle nuove aziende sanitarie.

Gli articoli successivi contengono disposizioni finali e disposizioni relative alle abrogazioni di tutte le disposizioni in contrasto con quanto previsto nella proposta. Infine sono indicate le norme finanziarie e quelle relative all'entrata in vigore.

TESTO DEL DISEGNO DI LEGGE N. 112

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) avvicinare sensibilmente al cittadino ed 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;
- d) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori;
- e) 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;
- f) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari;

- g) 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;
- h) 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 Sistema sanitario

1. Il Sistema sanitario regionale 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);
- g) Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna (ARPAS).

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, l'Azienda ospedaliera Brotzu, l'AREUS e le Aziende ospedaliere 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 modificazioni ed integrazioni con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo n. 50 del 2016;
- b) gestione delle procedure di selezione del personale del servizio sanitario regionale, sulla base alle esigenze rappresentate dalle singole aziende con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità;
- 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) omogenizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- f) omogenizzazione 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);
- 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.

4. La Giunta regionale determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'ARES, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità che ne verifica l'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 servizio è svolto dall'istituto tesoriere dell'azienda regionale esistente che presenta le migliori condizioni contrattuali.

6. L'ARES nell'interesse della Regione su indicazione dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità può svolgere 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 dal 2021 è istituito un apposito capitolo di spesa.

Art. 4

Organi dell'ARES

1. Sono organi dell'Azienda regionale della salute:

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

2. Il direttore generale 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 delle linee guida stabilite dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità. Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui al comma 2, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore amministrativo.

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

- a) adozione dell'atto aziendale;
- b) nomina e revoca del direttore amministrativo;
- 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 redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e la presenta all'Assessore regionale competente in materia di sanità.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. Il collegio sindacale:

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

12. 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'Azienda regionale della salute 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 assunto direttamente mediante procedura concorsuale, se le professionalità richieste non sono reperibili presso gli enti suindicati, previa autorizzazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità.

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.

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

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

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. Sono obbligatori i seguenti libri:

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

Capo III

Ordinamento delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 8

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 previsto dalla presente legge in ordine alle altre strutture di cui all'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, delle abrogate 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):

- 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;
- c) Azienda socio-sanitaria locale n. 4 dell'Ogliastra;

- d) Azienda socio-sanitaria locale n. 5 di Oristano;
- e) Azienda socio-sanitaria locale n. 6 del Medio Campidano;
- f) Azienda socio-sanitaria locale n. 7 del Sulcis;
- g) 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.

5. In relazione sia a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche, sia alla dislocazione nel territorio delle strutture e dei servizi sanitari gli ambiti territoriali delle ASL possono essere modificati con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare.

6. Le aziende di cui al comma 2 e quella di cui all'articolo 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.

Art. 9

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 ospedaliere 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. 10

Direttore generale

1. Il direttore generale 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. Ai fini di cui al comma 2, la Regione rende noto, con apposito avviso pubblico, 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 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 senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- b) dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

4. La commissione, presieduta dal componente individuato direttamente dal Presidente della Regione, propone all'Assessore regionale competente in materia di sanità una rosa di candidati, nell'ambito dei 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 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 e 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, al quale spetta un'indennità non superiore a quella percepita dal direttore generale.

9. Trascorsi diciotto 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 provinciale 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, se il contratto sta per scadere.

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

12. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del servizio sanitario regionale, il commissario può essere scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco regionale degli idonei oppure in quello nazionale.

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

Art. 11

Direttore sanitario e amministrativo

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.

2. L'incarico di direttore amministrativo e di direttore sanitario non può avere durata inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. In

caso di manifesta violazione di leggi o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, il direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, risolve il contratto, dichiarando la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.

Art. 12

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

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 ed è composta da cinque membri, di cui uno con funzioni di presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato 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, di 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 conseguenziali.

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 di cui alla lettera c) del comma 2 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 modificazioni, operanti nel campo della formazione manageriale.

4. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, in armonia a 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. 13

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. 14

Collegio di direzione

1. Gli atti aziendali stabiliscono la composizione e le attribuzioni del collegio di direzione sulla base degli indirizzi regionali di cui all'articolo 15, comma 3, prevedendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda compreso il personale sanitario convenzionato, i raccordi con gli organi aziendali, la sua partecipazione all'elabo-

razione 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. 15

Atto aziendale delle ASL e degli enti del servizio sanitario regionale

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 8, comma 2, è adottato o modificato dal direttore generale, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, di cui all'articolo 32, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, predisposti 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. 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, 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 di cui al 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 ser-

- vizio 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, 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 "G. Brotzu" (ARNAS)

Art. 16

Disposizioni sull'ARNAS "G. Brotzu"

1. L'Azienda di rilievo nazionale ed alta specializzazione "G. Brotzu" di cui all'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 tali aziende e istituti in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali ai sensi dell'articolo 15.

2. Il direttore generale adotta l'atto aziendale a seguito del parere della Conferenza regione-enti locali entro sessanta giorni dall'emaneazione dei relativi indirizzi approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, previo parere della Commissione regionale 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 si pronuncia nel senso della non conformità si applicano le disposizioni di cui all'articolo 15, comma 2.

Capo V

Ordinamento delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

Art. 17

Disposizioni sulle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

1. Le aziende ospedaliero-universitarie sono disciplinate sulla base 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 legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche e 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 aziende ospedaliero-universitarie sono predisposti 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'azienda ospedaliero-universitaria 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, limitatamente ai profili concernenti l'integrazione tra attività assistenziali e funzioni di didattica e di ricerca, 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 e integrazioni.

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'azienda ospedaliero-universitaria avviene secondo le modalità stabilite dall'articolo 7 e dall'articolo 8, comma 7, del decreto legislativo n. 517 del 1999, e successive modifiche e integrazioni.

Capo VI

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

Art. 18

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 extraospedaliera, 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. Sono in capo all'AREUS le attività di individuazione degli operatori da adibire all'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero ed i relativi controlli.

Art. 19

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

1. L'AREUS garantisce l'operatività del servizio 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. 20

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

Capo VII

Ordinamento degli organismi aziendali consultivi e status della dirigenza sanitaria

Art. 21

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 consecutivi dal ricevimento degli atti trascorso inutilmente il quale si intende acquisito come positivo. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità al parere espresso dal Consiglio delle professioni sanitarie.

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 dei componenti sono rappresentativi della 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, eletti 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), del 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.

4. 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. 22

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 e 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.

7. 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 del 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), e successive modifiche e 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. 23

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 ve-

- rifica 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;
 - c) 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;
 - d) 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. 24

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

vo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, dalle disposizioni della presente legge e dalle disposizioni adottate dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 25.

2. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinati alle relative autorizzazioni, ai sensi degli articoli 25 e 26. L'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR è subordinato all'accREDITAMENTO istituzionale ai sensi dell'articolo 27. 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 28.

3. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il SSR è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e 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 e integrazioni, sono raccordinate con le attività e le funzioni delle ASL, di regola a livello distrettuale.

3. 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. 25

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 dal piano regionale dei servizi socio-sanitari.

2. Ai soggetti di cui all'articolo 8 ter, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, agli studi professionali medici, agli ambulatori medici gestiti sia da persona fisica che da per-

sona giuridica, anche con attività di diagnostica per immagini, limitatamente alla diagnostica non differibile complementare al trattamento, esclusa pertanto la refertazione singola, non è applicabile l'obbligo di autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie di cui al comma 1.

Art. 26

Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

1. La Giunta regionale stabilisce e aggiorna, con propria deliberazione, 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 e 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;
- 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 re-

gionale 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 Organismi tecnicamente accreditanti (OTA) di cui alle intese tra il Governo, le regioni e le province autonome in materia di adempimenti relativi all'accredimento delle strutture sanitarie del 20 dicembre 2012, repertorio atti n. 259/CSR e del 18 febbraio 2015, repertorio atti n. 32/CRS.

Art. 27

Accreditamento istituzionale

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private autorizzate ai sensi dell'articolo 6 e i professionisti che intendono erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario regionale devono ottenere dalla Regione l'accredimento istituzionale. La Giunta regionale, con propria deliberazione, adottata su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità:

- 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'accredimento;
- 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'accredimento istituzionale.

2. Le strutture che chiedono l'accredimento 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 pro-

grammi 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.

Art. 28

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. 29

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 SSR 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'ul-

timo anno di vigenza del piano in scadenza. Il Consiglio regionale approva il piano dei servizi sanitari entro il successivo 31 ottobre. Spetta alla Giunta regionale approvare gli atti che costituiscono attuazione del Piano regionale dei servizi sanitari.

3. Nella predisposizione della proposta di piano di cui al comma 1, l'Assessore regionale competente in materia di sanità promuove una larga consultazione della comunità regionale, secondo i principi stabiliti dalla presente legge.

2. 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.

3. 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 SSR 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;
- e) fornisce criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari;
- f) definisce le linee guida per la definizione della 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;
- g) individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

Art. 30

Programmazione sanitaria

e socio-sanitaria locale

1. Alla definizione della programmazione attuativa locale concorre la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria ai sensi e con le modalità di cui al comma 2 e all'articolo 34.

2. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui all'articolo 31, lettera b), comma 1, 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 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 provinciale sanitaria e socio-sanitaria.

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

4. 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 provinciale sanitaria e socio-sanitaria ed alla Giunta regionale.

5. La Giunta regionale predispose 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. 31

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. 32

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 10, 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 massimo 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 di cui al comma 1 esprime i pareri di propria competenza entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come positivi.

Art. 33

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 successi-

vamente 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 e 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'Azienda regionale della salute (ARES).

4. 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. 34

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) dipartimento di prevenzione, articolato ai sensi dell'articolo 7 quater, comma 2, del

- decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni;
- b) 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 ed 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 e 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.

5. 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 geomorfologiche 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 e 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.

7. 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.

8. 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 e 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.

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

7. Il comitato di distretto socio-sanitario si riunisce obbligatoriamente almeno due volte l'anno, e su richiesta del direttore generale dell'azienda 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.

8. 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.

Titolo IV

Finanziamento, gestione e controllo del sistema sanitario regionale

Capo I

Finanziamento, gestione e controllo del sistema sanitario regionale

Art. 35

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 idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso, della durata massima di un triennio. 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 delle ASL 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 alle ASL 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 e 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 temporale massimo triennale, sentita la Commissione consiliare competente in materia di sanità che si esprime entro venti giorni, decorsi i quali il parere si intende acquisito.

Art. 36

Contabilità economico-patrimoniale

1. Il sistema di contabilità delle aziende sanitarie si informa ai principi e alle disposizioni del codice civile, 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 come ripartito a norma dell'articolo 26, 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 competenza ai sensi di quanto disposto dall'articolo 38.

3. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del servizio sanitario regionale, di cui al comma 2, 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. 37

Sistema di programmazione e controllo

1. Il sistema di programmazione e controllo 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 stabiliti dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, tenuto conto del sistema informativo sanitario nazionale e regionale.

Art. 38

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 1 e 2 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.

Titolo V

Degli investimenti strutturali

Capo I

Rinnovo delle strutture ospedaliere pubbliche

Art. 39

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. 40

Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei presidi ospedalieri

1. Sulla base dei dati acquisiti ai sensi dell'articolo 39, 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 SSR

Art. 41

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 possono assicurare, 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-terapeutici-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, 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, 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. 42

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, 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.

Art. 43

Sperimentazioni gestionali in sanità

1. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale

competente in materia di sanità, possono essere previste una o più sperimentazioni gestionali, anche pubblico-private. Allo scopo può essere costituita una o più società di capitali.

Titolo VI

Disposizioni transitorie e finali

Capo I

Disposizioni transitorie

Art. 44

Amministrazione straordinaria delle aziende sanitarie

1. La Giunta regionale definisce, mediante specifiche deliberazioni, 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, provvede alla nomina di otto commissari straordinari per la definizione dei progetti di realizzazione delle aziende di cui all'articolo 8 e del commissario straordinario per la redazione del progetto di attivazione dell'ARES.

3. Il commissario straordinario, a cui è attribuito il compito di definire il progetto di attivazione dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari, ha anche l'onere di dirigere l'Azienda per la tutela della salute di cui all'articolo 1 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)) fino al 31 dicembre 2020. Gli incarichi di cui trattasi non sono prorogabili.

4. Entro la scadenza del proprio mandato il commissario straordinario dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari provvede all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, disponendo il trasferimento all'Azienda regionale della salute (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.

5. I commissari straordinari, con il coordinamento dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità, predispongono, entro il 30 settembre 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 di cui alla presente legge.

6. 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.

7. 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.

8. Per la predisposizione dei progetti di scorporo ogni commissario straordinario è

supportato da massimo cinque collaboratori scelti tra il personale in servizio presso l'Azienda per la tutela della salute. Ogni commissario 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.

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

10. 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 devono possedere i seguenti titoli:

- a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, 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.

11. La retribuzione dei commissari straordinari è pari a euro 85.000 onnicomprensivi l'anno. La retribuzione del commissario dell'Azienda socio-sanitaria locale n. 8 di Cagliari è pari a euro 120.000 onnicomprensivi l'anno.

12. L'Azienda di cui all'articolo 3 e quelle di cui all'articolo 8, comma 2, 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. 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 13 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, che pure sono specificatamente indicati nel progetto di scorporo.

15. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale competente in materia di sanità, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare, possono essere apportate 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 n. 58 dell'11 dicembre 2017, per superare le criticità eventualmente segnalate dai commissari straordinari rilevate dall'Assessorato regionale competente in materia di sanità.

Art. 45

Sospensione delle procedure sui portali SUAPE e SUS

1. Al fine di dare applicazione alle disposizioni di cui agli articoli 26, 27, 28 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 norma.

Capo II

Disposizioni finali e abrogazioni

Art. 46

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. 47

Abrogazioni

1. Sono abrogate:

- a) la legge regionale n. 10 del 2006;
- b) il comma 3 dell'articolo 21 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 (Disposizioni per la formazione del bilancio di previsione per l'anno 2016 e per gli anni 2016-2018 (legge di stabilità 2016));
- h) l'articolo 1 della 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 27 luglio 2016, n. 17;
 - 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 altresì abrogate tutte le disposizioni in contrasto con le norme della presente legge.

Art. 47

Norma finanziaria

1. Agli oneri eventualmente derivanti dalla presente legge si fa fronte a valere sugli stanziamenti del Fondo sanitario regionale.

Art. 48

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore nel giorno della sua pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).

**TESTO DELLA PROPOSTA DI LEGGE
N. 121****Art. 1**

Modifica dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale

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 detta disposizioni per l'adeguamento istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale al fine di garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale.

2. Ai sensi dell'articolo 3 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, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge sono istituite le seguenti aziende sanitarie locali aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione:

- a) Azienda sanitaria locale n. 1 di Sassari coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Sassari;
- b) Azienda sanitaria locale n. 2 di Olbia coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Olbia-Tempio;
- c) Azienda sanitaria locale n. 3 di Nuoro coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Nuoro;
- d) Azienda sanitaria locale n. 4 di Lanusei coincidente con l'ambito territoriale della Provincia dell'Ogliastra;
- e) Azienda sanitaria locale n. 5 di Oristano coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Oristano;
- f) Azienda sanitaria locale n. 6 di Carbonia-Iglesias coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Carbonia-Iglesias;
- g) Azienda sanitaria locale n. 7 del Medio Campidano coincidente con l'ambito territoriale della Provincia del Medio Campidano;
- h) Azienda sanitaria locale n. 8 di Cagliari coincidente con l'ambito territoriale della

Città metropolitana di Cagliari e della Provincia di Cagliari.

3. Gli ambiti territoriali delle aziende possono essere modificati in relazione sia a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche sia alla dislocazione nel territorio delle strutture e dei servizi sanitari, con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare.

Art. 2

Costituzione delle nuove aziende sanitarie

1. Le aziende di cui all'articolo 1, comma 2, sono costituite entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con singole contestuali deliberazioni della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale che, inoltre, individua la sede legale di ciascuna azienda.

2. Al fine di predisporre il progetto di scorporo è nominato un commissario straordinario dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) che rimane in carica sino alla costituzione delle aziende di cui al comma 1.

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

4. Nel progetto di scorporo sono indicati gli immobili di proprietà dell'ATS non strumentali all'attività e quelli non utilizzati o non utilizzabili. Tali immobili sono trasferiti al patrimonio della Regione con la deliberazione di cui al comma 1. Con la medesima deliberazione sono, inoltre, assegnati in uso a titolo gratuito alle singole costituende aziende gli immobili di proprietà della Regione utilizzati dalle stesse, che pure sono specificatamente indicati nel progetto di scorporo.

5. Il progetto di scorporo è approvato con le singole deliberazioni contestuali della

Giunta regionale di cui al comma 1 e ne fa parte integrante.

6. Il Commissario straordinario di cui all'articolo 5, comma 5, predispone in relazione a ogni costituenda azienda sanitaria un atto aziendale provvisorio in attesa della ridefinizione della nuova rete ospedaliera. L'atto è adottato dal Commissario straordinario e approvato dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

7. Dalla data di costituzione, in relazione agli ambiti territoriali di competenza, le costituite aziende subentrano nei rapporti, nel patrimonio e nelle funzioni svolte in precedenza svolte dall'ATS. Dalla medesima data l'ATS è dichiarata estinta e i relativi organi cessano dalle funzioni.

Art. 3

AREUS

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge l'AREUS è soppressa e nei suoi rapporti subentra l'ATS in attesa della costituzione delle nuove aziende ospedaliere.

Art. 4

Ospedale Microcitemico e Ospedale Businco.

1. Il Presidio ospedaliero "A. Cao" e il Presidio ospedaliero "Businco" sono trasferiti all'Azienda sanitaria n. 8 dalla data della sua costituzione.

2. A questo scopo il Commissario dell'Azienda ospedaliera Brotzu fornisce al Commissario dell'ATS tutti i dati necessari di cui all'articolo 2 al fine di potere predisporre il progetto di scorporo e e lo schema di nuovo atto aziendale.

Art. 5

Associazione o consorzio delle aziende ospedaliere

1. Le costituende aziende, l'Azienda ospedaliera Brotzu e le aziende ospedaliero-universitarie di Cagliari e Sassari, entro il ter-

mine perentorio di trenta giorni dalla loro costituzione, si associano o consorziano per lo svolgimento delle seguenti funzioni in maniera centralizzata:

- a) funzione di centrale di committenza per conto delle aziende sanitarie e ospedaliere della Sardegna, ai sensi dell'articolo 37 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici), e successive modifiche ed integrazioni. Resta salva la facoltà di tutte le aziende di procedere direttamente nei limiti di quanto previsto dal citato articolo 37;
- b) funzione di gestione delle procedure concorsuali, escluse quelle di responsabile di dipartimento e di responsabile di struttura complessa, in base alle esigenze rappresentate dalle singole aziende;
- c) funzione di gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
- d) attività di formazione;
- e) hpa.

2. All'associazione o consorzio può, inoltre, essere affidata ogni altra attività individuata dalle aziende, anche singolarmente.

3. Nell'atto costitutivo dell'associazione o consorzio è previsto che:

- a) la stessa sia gestita da un comitato, di cui fanno parte i legali rappresentanti delle costituende aziende e dell'azienda ospedaliera Brotzu;
- b) il personale occorrente sia comandato dalle aziende sanitarie. Tra detto personale è scelto un dirigente amministrativo, con oltre cinque anni di esperienza di direzione di struttura complessa attribuita con atto formale, di cui devono essere esattamente dettagliati i compiti, al quale è affidato il compito di dirigere l'associazione o consorzio e di rappresentante legale, fermo restando il trattamento economico in atto;
- c) le spese dell'associazione o consorzio gravino in pari misura sulle aziende sanitarie e sull'Azienda ospedaliera Brotzu. Le aziende ospedaliero-universitarie concorrono alle spese nella misura determinata dal comitato di cui alla lettera a);
- d) il collegio dei revisori, nominato dal comitato di cui alla lettera a), sia composto da tre membri, uno con funzioni di presidente, scelto tra i revisori iscritti nella fa-

scia 2 dell'elenco regionale di cui all'articolo 36 della legge regionale 4 febbraio 2016, n. 2 (Riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna). Il collegio dura in carica tre anni. Si applica la disciplina prevista per i componenti dei collegi delle aziende sanitarie in quanto compatibile con le previsioni della presente legge.

4. Sino alla costituzione dell'associazione o consorzio di cui al comma 1, le funzioni ivi indicate sono svolte provvisoriamente dall'Azienda sanitaria locale n. 8 di Cagliari. A questo scopo, in sede di costituzione delle aziende, può essere previsto che a detta azienda sia attribuito in via provvisoria un contingente di personale ulteriore rispetto a quello spettante.

5. All'atto della costituzione delle aziende sanitarie di cui al comma 2 è nominato per ogni azienda un commissario straordinario, il quale provvede a predisporre il nuovo atto aziendale definitivo dell'azienda sanitaria. Al medesimo competono gli emolumenti previsti per il direttore generale dalla vigente disciplina e successivi adeguamenti.

6. I commissari straordinari sono scelti facendo applicazione dell'articolo 3, comma 2, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modificazioni dalla legge 25 giugno 2019, n. 60 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria).

7. Per quanto non previsto nella presente legge continua ad applicarsi la disciplina vigente.

Art. 6

Rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna

1. Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, acquisito il parere favorevole della competente Commissione consiliare, possono essere apportate modifiche alla deliberazione del 25 ottobre 2017 (pubblicata in data 11 dicembre 2017 sul

Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS) n. 58) del Consiglio regionale, con la quale è stata approvata la "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione autonoma della Sardegna", per superare le criticità eventualmente segnalate dal commissario straordinario dell'ATS o dai commissari straordinari delle nuove aziende o rilevate dal competente Assessorato.

Art. 7

Ufficio liquidazione

1. L'associazione o consorzio di cui all'articolo 5 assume nell'interesse della Regione la funzione di ufficio liquidazione relativamente a tutti i debiti esistenti alla data di costituzione delle nuove aziende sanitarie in capo all'ATS e di quelli facenti in precedenza capo alle sopresse USL e alle sopresse aziende sanitarie.

Art. 8

Disposizioni finali

1. Con deliberazione del Consiglio regionale possono essere previste sperimentazioni gestionali, anche pubblico-private. Allo scopo può essere prevista anche la costituzione di società di capitali.

2. La disposizione di cui all'articolo 52, comma 1, legge regionale 13 novembre 1998, n. 31 del 1998 (Disciplina del personale regionale e dell'organizzazione degli uffici della Regione) e successive modifiche ed integrazioni, si applica anche per l'ATS Sardegna per le aree medica, sanitaria e amministrativa.

Art. 9

Testo unico

1. Entro trecentosessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale predispose un testo unico della disciplina vigente, che deve essere approvato dal Consiglio regionale.

Art. 10

Abrogazioni

1. Sono abrogate tutte le disposizioni in contrasto con quanto previsto nella presente legge.

Art. 11

Norma finanziaria

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

Art. 12

Entrata in vigore

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