

## CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

---

### DISEGNO DI LEGGE

N. 385/A

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

il 27 aprile 2012

Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria

\*\*\*\*\*

### RELAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

#### Art. 1

La revisione dell'articolo 8 della legge regionale n. 3 del 2009 è volta a sanare la genericità del testo di legge che non consente la successiva approvazione dei regolamenti da parte dell'autorità garante della privacy e, conseguentemente, determina l'impossibilità dell'adozione dei registri di patologia.

Infatti, l'assenza in legge dell'indicazione puntuale dei registri che la Regione intende istituire è in contrasto con le prescrizioni dell'autorità garante della privacy che ha contestato analoghi testi di legge adottati da altre regioni (ad esempio la Regione Lombardia e l'Emilia Romagna), ritenuti troppo generici, ed ha evidenziato come tali norme si limitino a descrivere soltanto una procedura per l'istituzione dei registri medesimi. Pertanto, la stessa ha invitato le regioni ad integrare le rispettive disposizioni normative con l'indicazione analitica dei registri che intendono istituire.

Si propone, quindi, di modificare il testo dell'articolo 8 della legge regionale n. 3 del 2009, indicando in modo analitico i registri di patologia che la Regione intende istituire e che corrispondono a effettive esigenze di programmazione e di assistenza o ricerca in ambito regionale.

#### Art. 2

L'introduzione dei parametri è l'esito di un'analisi sviluppata tra l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale e la Direzione generale degli affari generali e della società dell'informazione, che ha individuato l'esigenza di inserire dei massimali di tasso per stabilizzare gli oneri delle cessioni di cui all'articolo 13 della legge finanziaria 2011 ed, in particolare, omogeneizzare lo spread a quello applicato in relazione all'articolo 9 della finanziaria 2011 (Sfirs).

## Art. 3

Sia per l'attuazione della presente legge che per il complessivo miglioramento del Servizio sanitario regionale è fondamentale che le aziende sanitarie garantiscano il pieno funzionamento dei sistemi di sorveglianza e dei flussi informativi, tramite i Centri epidemiologici aziendali (CEA), così come disposto dalla legge regionale n. 16 del 1991. Ai CEA sono attribuite le azioni di raccolta, elaborazione e diffusione delle conoscenze sui bisogni di salute della popolazione e sui suoi fattori di rischio, identificazione delle priorità d'intervento, valutazione dell'equità nell'accesso dei cittadini ai servizi sanitari e socio-sanitari e valutazione di appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi erogati. Inoltre, si tratta di strumenti fondamentali al fine di garantire una completa attuazione del Piano di prevenzione 2010-2012.

## Art. 4

Si prevede l'abrogazione espressa dell'articolo 4 della legge regionale n. 16 del 1991 rubricato "Personale addetto ai Centri multizonali di osservazione epidemiologica" al fine di rendere la normativa coerente con gli aggiornamenti intervenuti.

## Art. 5

Si rende necessario ampliare i termini per il controllo regionale sui bilanci d'esercizio e gli atti di disposizione del patrimonio eccedenti l'ordinaria amministrazione al fine di garantire un esame approfondito di tali atti sotto il profilo della legittimità e del merito. Tenuto conto delle problematiche relative al sistema amministrativo contabile AMC del progetto SISaR e della complessità intrinseca dell'attività di controllo, sono indispensabili i nuovi e più ampi termini così come da proposta di modifica. Inoltre, è necessaria l'eliminazione del punto 16) della lettera b) del comma 24 dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 5.

## Art. 6

Il presente articolo, come documentano le ultime vertenze, si è reso necessario al fine di garantire la correttezza dei rapporti tra i datori di lavoro convenzionati con il Servizio sanitario regionale ed i loro dipendenti. Occorre evitare che si sedimentino nel tempo rapporti debitori consistenti che generano un forte malessere sociale ed arrivano a coinvolgere anche l'istituzione regionale in situazioni complesse ed impreviste.

## Art. 7

Al fine di riequilibrare l'offerta di servizi sanitari si prevede la possibilità di riconvertire, ampliare o rimodulare le dotazioni di posti letto delle residenze sanitarie assistenziali. In modo particolare, la norma è volta a garantire lo sviluppo di attività sanitarie in territori privi di strutture di ricovero per acuti garantendo il rispetto dei limiti di cui alla deliberazione della Giunta regionale 25 febbraio 2003, n. 6/63.

## Art. 8

La Sardegna necessita di centri residenziali per le cure palliative che, in linea con le stime della società italiana per le cure palliative, consentano di raggiungere l'obiettivo di almeno 0,6 posti letto ogni 10.000 residenti. Il presente articolo consente di avviare le procedure di autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture, o di ampliamento di quelle esistenti, per garantire l'assistenza ed il sostegno ai malati terminali ed ai loro familiari.

## Art. 9

Al fine di prevenire insanabili situazioni di precariato è indispensabile ribadire che le aziende del Servizio sanitario regionale possono conferire incarichi esclusivamente mediante selezione pubblica e che tale conferimento può essere possibile solamente in relazione alle carenze nella pianta organica aziendale. Inoltre, deve essere chiarito che, anche quando le aziende finanziano i contratti di lavoro con borse di studio o differenti modalità, non possono essere attribuiti incarichi per un determinato profilo laddove il candidato non possieda i requisiti dello specifico profilo così come previsti per gli operatori del Servizio sanitario regionale.

## Art. 10

La qualità delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario regionale, come dimostrato anche dai risultati del Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), si discosta in senso negativo dalla media nazionale per vari aspetti. Si tratta di valutazioni complesse che meritano di essere contestualizzate in relazione alla realtà socio-economica, demografica, geografica ed infrastrutturale della Sardegna. Da tali risultati negativi emerge una responsabilità da imputare a tutti gli attori del sistema. Acquisendo nuovi macchinari e tecnologie si sarebbero dovuti ridurre i tempi di degenza in ospedale fronteggiando così i maggiori costi delle tecnologie. Oggi emerge chiaramente che le sole tecnologie non sono una condizione sufficiente per garantire una sanità migliore; infatti, nonostante il loro utilizzo, prestazioni che potrebbero essere erogate in day-surgery richiedono ancora tre o quattro giornate di degenza in ospedale. Allo stesso modo, prestazioni che potrebbero essere erogate in regime ambulatoriale vengono ancora svolte in regime di ricovero ordinario o diurno. Pazienti che non trovano tempestiva risposta nei servizi territoriali si rivolgono al pronto soccorso affollandolo, ed aggravando le condizioni degli operatori impegnati ad assistere le vere emergenze e/o urgenze. Inoltre, se si considerano le problematiche connesse ai costi crescenti, e quasi insostenibili, dell'intero sistema sanitario si può concludere che è necessario intervenire urgentemente riallineando il sistema ai parametri del patto per la salute 2010-2012.

I dati dell'ultimo monitoraggio ministeriale sul "mantenimento dell'erogazione dei LEA" (pubblicato nel mese di marzo 2011 e basato sui dati dell'anno 2009) evidenziano un tasso di DRG chirurgici in regime ordinario pari solamente al 31,72 per cento rispetto al totale dei ricoveri ordinari. Non si tratta di casi sporadici o di poche aziende, ma di fenomeni generalizzati tra tutte le aziende sanitarie regionali. Ne deriva la necessità che il legislatore dia chiare indicazioni al fine di conformarsi alle migliori pratiche nazionali nell'organizzazione dei servizi sanitari, nelle modalità di erogazione e, soprattutto, nel controllo della qualità delle prestazioni erogate ai cittadini. Questo primo articolo intende recepire i parametri della normativa nazionale vigente ed, in particolare, gli accordi del Patto per la salute 2010-2012 per facilitare il successivo percorso più compiuto ed in relazione alle misure del nuovo patto 2013-2015. Le disposizioni si basano sull'appropriatezza e qualità delle prestazioni, sull'efficienza ed efficacia del sistema, sull'equilibrio tra ospedale, territorio e prevenzione nonché sulla leale collaborazione tra pubblico e privato. A tal fine si prevede una dotazione di posti letto pari a 4 per mille abitanti di cui 3,3 per acuti e 0,7 per la riabilitazione e la lungodegenza. Si richiede, inoltre, un utilizzo ottimale delle risorse garantendo un tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75 per cento della loro capacità teorica. Con riferimento all'appropriatezza dei ricoveri viene indicato un tasso di ospedalizzazione inferiore a 180 per mille abitanti. Per ottenere tali risultati è necessario riconvertire alcune strutture esistenti al fine di rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti e garantire l'equilibrio e lo sviluppo dei servizi sanitari nei diversi territori oltre ad una più stretta e leale collaborazione tra le strutture pubbliche e quelle private.

## Art. 11

Al fine di garantire tempi certi all'esecuzione di quanto previsto dall'articolo 10 il presente ar-

ticolo individua le scadenze alle quali i diversi soggetti dovranno attenersi e, soprattutto, indica il percorso che consentirà di garantire che gli obiettivi di ristrutturazione proposti dalle aziende sanitarie, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria, previo parere della Commissione consiliare competente, siano tra di loro coerenti, compatibili e rispondenti al migliore funzionamento del complessivo Servizio sanitario regionale.

#### Art. 12

Sulla base di quanto definito all'articolo 10 occorre provvedere a convertire strutture esistenti, non più in grado di rispondere alle esigenze del Servizio sanitario regionale, in strutture in linea con le nuove richieste dei pazienti. Una parte dei posti letto per acuti in eccedenza potrà essere riconvertita per attività di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e, laddove non vi fossero strutture disponibili, si potrà procedere alla progettazione di nuove prevedendo l'utilizzo di risorse di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. Il Ministero della Salute riconosce come controparte regionale per l'attuazione dei programmi di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 esclusivamente l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale che sottoscrive detti accordi. Ne consegue che l'Assessorato risponde anche di quella parte di gestione parzialmente effettuata da altri assessorati regionali. Pertanto, si riconduce l'insieme dei processi d'investimento ad una gestione unitaria che garantisca una maggiore efficienza ed efficacia delle attività connesse.

I vari provvedimenti succitati mirano a riequilibrare l'offerta sanitaria per renderla più coerente con la domanda dei cittadini. I vantaggi sono molteplici: si mantengono i livelli occupazionali poiché il personale viene reimpiegato nelle nuove attività e, con le nuove strutture, si mantengono i pazienti più vicini alle loro famiglie, si potenziano i servizi territoriali riducendo le liste d'attesa, si consente ai servizi ospedalieri di servire al meglio le strutture di degenza, si contengono i costi di dispendiose strutture per acuti utilizzate per erogare prestazioni che potrebbero essere garantite in tempi più rapidi e con livelli di sicurezza adeguati a livelli inferiori d'intensità di cura.

Troppo spesso si assiste a pazienti costretti a rivolgersi al pronto soccorso per l'assenza di risposte tempestive delle strutture territoriali. Quindi, occorre potenziare i servizi sul territorio ed offrire prestazioni sanitarie nelle modalità e nei tempi più coerenti con la domanda espressa dai pazienti. Si pensi, a mero titolo di esempio, alle occasioni in cui le terapie intensive vengono occupate da pazienti che potrebbero, una volta stabilizzati, essere ripresi in carico dal territorio e ciò non accade per assenza di strutture in grado di accoglierli. Si pensi, altresì, ai pazienti che necessitano di assistenza sanitaria di media o bassa intensità e dovrebbero essere trattati in strutture territoriali apposite ed invece, stante la carenza di tali strutture e l'eccesso di posti letto per acuti, restano ricoverati, per decine di giorni, in ospedali per acuti. Inoltre, aspetto non trascurabile di questi tempi, tale inapproprietezza ha un impatto economico elevatissimo poiché il costo medio di una giornata di degenza in un ospedale per acuti è notevolmente superiore a quello che si sostiene, con pari o maggiore efficacia, nelle strutture territoriali. Il sistema sanitario regionale, in vari casi, fa fronte con strumenti inappropriati e più costosi ad una domanda di salute che, attualmente, è oggetto di approfondimenti dettagliati al fine di riprogrammare l'offerta; in questo modo si potranno utilizzare gli strumenti più opportuni, sotto il profilo clinico ed economico, per ogni livello di assistenza. Si sta procedendo a valutare una serie di indicatori che consenta di monitorare il livello di servizio offerto in tutto il territorio regionale tenendo presente che laddove non esiste, oppure è in fase di riconversione, una struttura per acuti dovranno essere garantite le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica strumentale e di laboratorio più frequenti. Infatti, se è vero che il ricovero in reparti per acuti si verifica di rado nella vita di una persona e, in generale, è preferibile essere seguiti in strutture di eccellenza dotate di tutti i reparti più avanzati pronti a garantire il paziente anche in caso di complicazioni impreviste, è altresì vero che l'attività di prevenzione e di diagnosi richiede visite specialistiche ed accertamenti più frequenti rispetto al ricovero e, quindi, i servizi più utilizzati debbono essere il più vicino possibile ai pazienti al fine di evitare frequenti spostamenti verso i centri di maggiori dimensioni.

## Art. 13

Al fine di garantire tempi certi nella realizzazione di quanto previsto dagli articoli precedenti occorre stabilire chiare modalità di verifica degli adempimenti e precise sanzioni. Il presente intervento dovrà trovare la piena collaborazione di tutti i direttori generali delle aziende sanitarie; l'assenza di anche una sola proposta di razionalizzazione rende difficoltoso procedere alla dovuta sintesi a livello regionale. Le conseguenze di eventuali ritardi dei singoli produrrebbero un notevole danno per l'intero Servizio sanitario regionale, quindi anche le conseguenze sugli incarichi dei direttori generali delle aziende debbono essere significative.

## Art. 14

L'articolo intende modificare i tempi di revisione dei criteri di riparto del Fondo sanitario regionale (FSR). In linea con il respiro strategico della pianificazione è necessario garantire criteri stabili per un periodo di almeno due anni. Tale provvedimento è in linea con le diverse realtà nazionali in tema di revisione dei criteri di riparto del FSR.

## Art. 15

L'articolo in esame intende favorire la trasparenza amministrativa delle aziende sanitarie e consentire a terzi di conoscere tempestivamente gli atti adottati dalle aziende.

## Art. 16

Per consentire l'avvio delle attività di pianificazione sanitaria regionale partecipata e condivisa è necessario prevedere tempi certi per la costituzione della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria garantendo sia il diritto di partecipazione delle autonomie locali che il rispetto di termini compatibili con le esigenze della pianificazione regionale.

## Art. 17

Il recepimento del titolo II (Principi contabili generali e applicativi per il settore sanitario) del 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), consente di allineare i sistemi di rilevazione contabile e i bilanci del Servizio sanitario regionale a quelli nazionali. Considerata la complessità dell'impianto è necessario partire da subito con una fase sperimentale che consenta l'individuazione di eventuali criticità o esigenze specifiche, permettendo i conseguenti interventi di adeguamento in parallelo con la sperimentazione nazionale.

## Art. 18

Il presente testo di legge consente di superare la fase di stallo determinata dall'assenza di un sistema in grado di garantire i livelli essenziali di assistenza rispondendo ai bisogni dei cittadini con gli strumenti, le modalità ed i tempi opportuni. Si tratta di un provvedimento utile nell'immediato che consente al sistema, in una fase ancora in evoluzione degli accordi a livello Stato-regioni, di recuperare il disallineamento su parametri di efficienza ed efficacia ormai consolidati nei precedenti accordi e offre la possibilità alla Regione di rafforzare la propria posizione di contrattazione a livello nazionale, specie dopo il fallimento del piano di rientro precedentemente accordato. Il presente provvedimento dispiegherà i propri effetti solamente sino all'adozione del nuovo Piano regionale dei servizi sanitari, e le procedure più snelle previste rispetto alla legge n. 10 del 2006 garantiranno la possibilità di sviluppare da subito le azioni di razionalizzazione, ammodernamento e contenimento dei costi del Servizio sanitario regionale.

RELAZIONE DELLA SETTIMA COMMISSIONE SANITÀ - IGIENE PUBBLICA - MEDICINA SOCIALE - EDILIZIA OSPEDALIERA - SERVIZI SANITARI E SOCIALI - ASSISTENZA - IGIENE VETERINARIA - PERSONALE DELLE UU.SS.LL.

composta dai consiglieri

CONTU Felice, Presidente - MARIANI, Vice Presidente - PETRINI, Segretario - CORDA, Segretario BARRACCIU, relatore di minoranza - CAMPUS - CUCCUREDDU - ESPA - GALLUS - LAI - LOCCI, relatore di maggioranza - LUNESU - OBINU - VARGIU

*Relazione di maggioranza*

*On.le Locci*

*pervenuta il 6 settembre 2012*

La Settima Commissione, nella seduta del 31 luglio 2012, ha approvato a maggioranza, con il parere contrario dei gruppi di opposizione, del gruppo dei Riformatori e del gruppo Sardegna è già domani, il presente provvedimento recante "Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria".

Il testo approvato dalla Settima Commissione nasce dall'esame del disegno di legge n. 385, presentato dalla Giunta regionale con l'intento di introdurre misure atte a "sviluppare le azioni di razionalizzazione, ammodernamento e contenimento dei costi del Servizio sanitario regionale". Per ridurre i tempi, ottenendo risultati "da subito", il disegno di legge si avvale di procedure più snelle rispetto a quelle previste dalla legge regionale 28 luglio 2006, n.10, alla quali in parte deroga.

Il disegno di legge della Giunta regionale, pervenuto il 27 aprile 2012, è stato immediatamente inserito all'ordine del giorno per essere esaminato con priorità dalla Settima Commissione, la quale nel corso dell'istruttoria, vi ha apportato alcune sostanziali e rilevanti modifiche.

Delle predette modifiche, alcune tengono conto dei contributi acquisiti dai soggetti sentiti in audizione (l'Assessore dell'igiene sanità e dell'assistenza sociale e i direttori generali delle ASL e delle AO) e delle puntuali considerazioni emerse nel corso del dibattito; altre, invece, scaturiscono dall'esigenza di dare compiuta e precisa attuazione alle disposizioni adottate a livello nazionale con il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), approvato dal Governo, proprio mentre la Commissione svolgeva l'istruttoria del disegno di legge n. 385. Il decreto reca anche disposizioni per l'equilibrio del settore sanitario e misure di governo della spesa farmaceutica, norme delle quali si è tenuto conto nell'esame del disegno di legge della Giunta, che pertanto è stato emendato in più parti.

Dal lavoro della Settima Commissione è scaturito il presente testo, che si ritiene comunque modificabile e migliorabile in diversi suoi aspetti, e il cui tratto saliente è quello di prevedere una pianificazione sanitaria dal basso, attuata dai direttori generali, in conformità a direttive generali impartite dalla Giunta regionale, ma tenendo conto delle specifiche istanze provenienti dai singoli territori.

Questa caratteristica può rendere questo disegno di legge più capillare ed efficace rispetto ai molti provvedimenti che si sono susseguiti nel corso degli anni. L'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, infatti, ha il compito di valutare le proposte di riordino e razionalizzazione che provengono dai direttori generali e di attuare un processo di sintesi e di coordinamento, evitando situa-

zioni a macchia di leopardo, con l'obiettivo di garantire a tutta la popolazione regionale i livelli essenziali di assistenza sia ospedaliera sia territoriale. Nel testo vi sono anche delle chiare indicazioni per favorire l'integrazione ospedale-territorio con la possibilità di implementare nei territori le strutture sanitarie mancanti (strutture specialistiche ambulatoriali, per le urgenze e RSA, ADI).

L'Aula potrà certamente rendere ancora più agili e veloci le procedure di razionalizzazione della rete ospedaliera e territoriale, evitando passaggi politico-amministrativi ridondanti, in conformità a quanto specificamente richiesto dai direttori generali nel corso dell'audizione in Commissione; potrà, inoltre, valutare se l'iter legato alle consultazioni territoriali da parte dei direttori generali sia sufficiente per non incorrere in vizi di legittimità, come prospettato da alcuni consiglieri membri della Commissione, non solo appartenenti ai gruppi di opposizione.

Nell'entrare nella più specifica illustrazione del testo approvato, si evidenzia quanto segue.

Il disegno di legge n. 385 è articolato in 2 capi, il primo recante Disposizioni varie e il secondo Interventi volti alla razionalizzazione e alla riduzione della spesa.

L'articolo 1 istituisce i registri per alcune specifiche patologie nel rispetto delle normative sopraggiunte nel Codice in materia di dati personali. Il testo originario esitato dalla Commissione si differenzia da quello della Giunta regionale per l'inserimento del Registro delle endometriosi in considerazione della rilevanza e della grossa incidenza e prevalenza di questa patologia nella popolazione sarda.

L'articolo 2, che novella la legge regionale 6 maggio 1991, n. 16 (Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale), sostituendo l'articolo 3, istituisce la Rete epidemiologica della Sardegna, prevedendo l'Osservatorio epidemiologico regionale (OER) nell'ambito dell'Agenzia regionale della sanità con funzioni di coordinamento generale della rete e i Centri epidemiologici aziendali (CEA) con funzioni di supporto e raccordo dei flussi epidemiologici aziendali. Tenuto conto delle evidenze scientifiche che dimostrano differenze in molti ambiti della medicina tra i due sessi, la Commissione ha ritenuto di modificare il testo dell'articolo 2 proposto dalla Giunta, approvando l'istituzione nell'ambito degli OER dell'Osservatorio per la medicina di genere; ha inoltre inserito il Registro per la mal practice sanitaria, per il rafforzamento dell'attività di risk management e di contenimento della cosiddetta medicina difensiva che determina un aumento dei costi sanitari con l'incremento dei ricoveri inappropriati.

All'articolo 3 si prevede che, nei parametri di cessione dei crediti, il tasso d'interesse massimo applicabile all'operazione di sconto debba essere il più vantaggioso tra quelli reperibili nel mercato finanziario. Questa norma è stata così modificata in Commissione per renderla più snella e aderente alle dinamiche del credito bancario.

L'articolo 5, che sostituisce l'articolo 29 della legge regionale n.10 del 2006, disciplina i controlli regionali sugli atti dei direttori generali. La Commissione ha modificato quasi integralmente il testo originario del disegno di legge presentato dalla Giunta, prevedendo un controllo preventivo sul bilancio d'esercizio, sugli atti di disposizione del patrimonio eccedenti l'ordinaria amministrazione e sugli atti o contratti con impegni di spesa maggiore a 5 milioni di euro. Non è previsto, invece, un controllo preventivo per quelli inferiori a 5 milioni di euro. Si dice che il controllo è di legittimità e di merito. Il termine per il controllo è stato modificato dalla Commissione da sessanta giorni a trenta giorni; per gli impegni di spesa maggiore a 5 milioni di euro è di quindici giorni. Decorso questi termini gli atti s'intendono approvati. I termini sono interrotti qualora l'Assessorato richieda chiarimenti o integrazioni. In caso di omissioni o ritardi da parte del direttore generale, previa diffida a provvedere entro trenta giorni, la Giunta regionale nomina un commissario per l'adozione degli atti obbligatori per legge. La stessa procedura e gli stessi termini cronologici sono applicati per i controlli indicati dal comma 3 della legge regionale n. 12 del 2008 (Riordino istituto zooprofilattico sperimentale della Sarde-

gna Giuseppe Pegreffi).

Per garantire una più celere approvazione del testo di legge, la Commissione ha soppresso gli articoli 6, 7 e 8 del disegno di legge proposto dalla Giunta regionale. Le forze politiche di maggioranza, tuttavia, tenendo in considerazione le osservazioni dei componenti dei gruppi di opposizione, si sono riservate la possibilità di un successivo approfondimento da compiere nelle more dell'inserimento del disegno di legge all'ordine del giorno dell'Aula. In particolare si ritiene che meritino degli approfondimenti tecnici le disposizioni dell'articolo 7 sulle RSA e dell'articolo 8 sugli hospice. Si dovrà verificare in Aula, attraverso un confronto anche serrato, ma che si auspica costruttivo, l'esistenza delle condizioni di merito per inserire in maniera più organica e dettagliata nell'articolato quanto abrogato dalla Commissione.

L'articolo 9 prevede una puntuale precisazione sulle prescrizioni da seguire nell'attribuzione d'incarichi di collaborazione e in particolare ne subordina il conferimento al rispetto del principio della selezione pubblica, alla presenza di posti vacanti in pianta organica e al possesso di specifici titoli. Qualora, inoltre, il posto bandito a selezione non sia previsto nella pianta organica, il direttore generale è tenuto a richiedere l'autorizzazione motivata all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

Il capo II del disegno di legge n. 385 è quello che entra nel merito del riordino della rete ospedaliera ed è, per questo, la parte più pregnante di tutto il provvedimento legislativo.

L'articolo 10, infatti, modifica gli standard del rapporto dei posti letto per mille abitanti, sia nei confronti degli acuti sia per la lungodegenza e post-acuzie. Nel far ciò, la Commissione ha voluto adeguarsi a quanto previsto dal decreto legge Monti sulla spending review, prevedendo un rapporto di 3 posti letto/1.000 abitanti per gli acuti e 0,7 posti letto/1.000 abitanti per la lungodegenza e post-acuzie. La riduzione dei posti letto deve avvenire per una quota non inferiore al 40 per cento nei confronti dei presidi ospedalieri pubblici con la sospensione degli incarichi dirigenziali ai sensi dell'articolo 15 septies del decreto legislativo n. 502 del 1992, fino alla riduzione effettiva dei posti letto e delle rispettive unità operative complesse. È chiaro che quest'ultimo punto sarà applicato verosimilmente con l'abolizione dei "doppioni" nell'ambito dei presidi ospedalieri. Inoltre si prevede un tasso di ospedalizzazione inferiore a 160/1.000 abitanti prevedendo almeno il 25 per cento di ricoveri diurni, con un tasso di utilizzazione dei posti letto non inferiore al 75 per cento calcolato in ragione d'anno, valutato anche in proporzione ai numeri dei giorni settimanali di funzionamento della struttura. Nello stesso articolo 10 è prevista la presenza di camere a pagamento per la libera professione intramoenia in percentuale tra il 5 per cento e il 10 per cento, non calcolati nella percentuale del 3/1.000 per acuti. Si conferma la previsione della partecipazione al sistema sanitario delle strutture private accreditate, favorendo la parziale riconversione dei posti letto esistenti in posti letto per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Si prevede che il riordino della rete ospedaliera deve tener conto dei dati demografici, socio-economici, delle caratteristiche del territorio, delle infrastrutture e della rete viaria, assicurando comunque i livelli minimi di assistenza su tutto il territorio regionale. Per quanto riguarda le aziende ospedaliero-universitarie è fatto rinvio alla normativa di riferimento.

L'articolo 11 disciplina gli adempimenti delle aziende sanitarie stabilendo, in particolare che dopo trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale emani delle direttive per i direttori generali che deliberano, dopo aver sentito la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria, previo parere della Commissione regionale competente, la proposta di riduzione dei posti letto delle unità operative che, nel biennio precedente, hanno registrato un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento.

I direttori generali possono proporre il mantenimento dei posti letto nelle strutture con un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento secondo quanto previsto al comma 2 dell'articolo 10 e al comma 1 dell'articolo 11 e possono anche prevedere, nel rispetto di quanto previsto all'articolo 10, altri

accreditamenti di posti letto qualora sussistano adeguate esigenze da motivare in maniera circostanziata.

La proposta di razionalizzazione dei posti letto è adottata o modificata dal direttore generale, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria e previo parere della Commissione consiliare competente. Nello stesso comma si afferma che per raggiungere gli obiettivi di salute, si può ricorrere anche alle strutture private accreditate. I direttori generali hanno centoventi giorni di tempo dopo la ricezione delle direttive per adempiere alla razionalizzazione dei posti letto. L'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, dopo il parere della Commissione sanità che lo esprime entro trenta giorni, elabora una proposta di razionalizzazione che trasmette alla Giunta regionale. Quest'ultimo passaggio è stato inserito dalla Commissione.

Alcuni commissari di maggioranza, e tra essi lo stesso relatore, hanno espresso qualche riserva sui tempi troppo lunghi per arrivare a un'approvazione definitiva; al contempo, se da un lato hanno evidenziato la ridondanza di pareri richiesti alla Commissione sanità su due passaggi dei direttori generali, dall'altro hanno stigmatizzato la mancata previsione di un parere (da parte della Commissione sanità) sulle direttive impartite dalla Giunta ai direttori generali. Qualche perplessità è stata, inoltre, manifestata riguardo alla mancanza della "larga consultazione con la comunità regionale" voluta dalla legge regionale n. 10 del 2006. A questo proposito è bene rilevare che si potrebbe ovviare introducendo nel testo dell'articolo 11, tra gli adempimenti dei direttori generali, i passaggi indicati dai decreti legislativi n. 502 del 1992 e n. 517 del 1999. Si è deciso a questo proposito di rimandare all'Aula per un approfondimento di merito e arrivare a una soluzione che sia la più condivisa possibile.

L'articolo 12 prevede l'implementazione della rete di assistenza, soprattutto sul fronte territoriale, prevedendo un piano di riconversione e/o realizzazione di presidi sanitari che garantiscano l'erogazione di attività ambulatoriali, di guardia medica, emergenza, centri RSA e ADI. In Commissione è stato abrogato il comma 3 che, di fatto, prevedeva, forse per errore, la possibilità anche per i soggetti privati, di gestire strutture per le urgenze/emergenze. Il comma 4 dell'articolo prevede anche per gli interventi territoriali la possibilità di attingere ai fondi ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988 che sono stati, di fatto, sempre utilizzati per le strutture ospedaliere; tutto ciò nello spirito di spostare la sanità regionale da una visione "ospedale centrica" verso una visione di maggior integrazione dell'ospedale con il territorio.

L'articolo 13 commina la sanzione della decadenza ai legali rappresentanti dell'azienda che non adempiano quanto previsto da questa legge.

L'articolo 14 intende sostituire il secondo comma dell'articolo 26 della legge regionale n. 10 del 2006, prevedendo che i criteri per il riparto del fondo sanitario regionale siano individuati con riferimento ad un periodo temporale non inferiore al biennio e non con cadenza annuale come previsto dall'articolo 26 nella vigente formulazione; per il resto i criteri rimangono invariati.

L'articolo 15 impone alle aziende di pubblicare gli atti nel proprio sito on line immediatamente e comunque non oltre i tre giorni. Anche quest'ultimo articolo è stato modificato dalla Commissione.

L'articolo 16, che non è stato emendato in Commissione, prevede una modifica all'articolo 23 comma 2 della legge regionale n. 23 del 2005, introducendo un termine di trenta giorni per l'indicazione dei nomi dei 5 rappresentanti eletti dal Consiglio delle autonomie locali nella Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria, trascorsi i quali la stessa è pienamente operante. Rimane ferma tuttavia la possibilità di integrare la composizione della Conferenza in seguito. Quest'articolo intende ovviare a quanto accaduto finora: la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, alla quale da oltre un anno è stata trasmessa la delibera n. 31/2 del 2011 "Avvio procedure di riorganizzazione della rete dell'emergenza, della rete ospedaliera e della rete territoriale. Approvazione preliminare", non ha potuto esprimere il parere di competenza perché non valida-

mente costituita; il Consiglio delle autonomie locali, infatti, non ha eletto i 5 rappresentanti e, così facendo, ha di fatto bloccato il procedimento per l'adozione definitiva del provvedimento.

L'articolo 17 è stato soppresso dalla Commissione in considerazione di una recente sentenza della Corte costituzionale (sentenza n. 178 del 2 luglio 2012).

L'articolo 18 prevede l'efficacia degli articoli 10, 11, 12 e 13 fino all'approvazione del Piano regionale dei servizi sanitari secondo quanto previsto dalla legge regionale n. 10 del 2006. Il comma 2 precisa che le norme della legge regionale n. 10 del 2006 non si applicano agli articoli 10, 11, 12 e 13.

La Commissione, stante l'urgenza che il provvedimento riveste, ne raccomanda la rapida approvazione da parte del Consiglio.

### *Relazione di minoranza*

*On.le Barracciu*

*pervenuta il 18 settembre 2012*

Era il dicembre 2009, quando il Consiglio regionale, ovvero la maggioranza, approvava il Piano regionale di sviluppo (PRS) targato centrodestra e con il quale la Giunta regionale esplicitò il proprio programma di governo per la XIV legislatura. Il famoso programma capace, secondo Cappellacci e compagni, di far tornare il sorriso sul volto dei sardi e fondato su un principio definito addirittura rivoluzionario: "La persona prima di tutto, lo sviluppo nasce dall'io".

È utile ricordare anche in questa sede che ad oggi, dopo tre anni dall'approvazione del PRS infarcito di numerosi voli pindarici anche in materia di sanità, la storia ci consegna una Sardegna per la quale il sorriso è davvero un ricordo sbiadito, con indici di povertà tra i più alti in Italia, stremata da una crisi economica e sociale, se non generata, amplificata all'estremo limite dal Presidente della Regione e dalla sua maggioranza.

Un Presidente inadeguato a portare avanti il compito assegnato dai cittadini, incapace di assumersi la benché minima responsabilità politica e sociale; una maggioranza (ciò che ne rimane) correa, in virtù dell'irresponsabile persistenza del sostegno garantito col voto dei provvedimenti e in quanto connivente fuori e dentro i palazzi della giunta e del Consiglio regionale, del disastro socio-economico prodotto. E così oggi più che mai è svelata la "banalità demagogica" del principio (titolo) guida del PSR, con la persona che "prima di tutto" paga le spese del fallimento di Cappellacci in quanto messa al centro sì, ma di un vortice di povertà e solitudine.

Vortice nato, cresciuto e alimentato dal vuoto politico e programmatico che ha caratterizzato e caratterizza tutta l'azione di governo e in particolar modo della sanità. Soprattutto della sanità in quanto, a differenza degli altri settori di intervento, a giustificazione della drammatica situazione nella quale versa non può essere invocata la penuria finanziaria. Anzi, paradossalmente, le ingenti risorse rese (volenti o nolenti) disponibili, sempre e comunque, per la gestione (al 99 per cento spesa corrente) del sistema sanitario regionale sono una delle cause delle sue distorsioni e comunque non ne determinano certo una maggiore qualità. Tant'è che la Corte dei conti - sezione Autonomie, nella relazione con la quale riferisce al Parlamento sulla gestione finanziaria delle regioni per gli esercizi finanziari 2010 e 2011, approvata nell'adunanza del 25 luglio 2012, sottolinea che la "Scarsa qualità e inappropriatazza dei servizi erogati, quindi, ... si concentrano soprattutto nelle regioni con più elevati disavanzi (dove vengono cioè spese più risorse) di gestione e determinanti un duplice onere per i residenti delle regioni in deficit, in conseguenza sia del maggior contributo Irpef e Irap necessario a coprire i disavanzi sanitari, sia della percezione negativa della qualità dei servizi offerti dai rispettivi servizi sanitari, che ali-

menta il fenomeno della mobilità sanitaria interregionale e l'aumento della spesa sanitaria privata ("out of pocket"), non coperta da sistemi assicurativi".

Ciò è vero per tutte le regioni che hanno maturato i disavanzi ed è ovviamente vero per la Sardegna dove, a fronte di un disavanzo che dal 2009 ha ripreso a crescere a dismisura fino a toccare punte di 360 milioni di euro, alla scarsa qualità e inappropriata dei servizi erogati con ciò che ne deriva in termini di percezione negativa della qualità dei servizi, di mobilità sanitaria interregionale e di aumento della spesa sanitaria privata, si è aggiunta, per l'incapacità della giunta regionale di tenere fede al piano di rientro imposto dal Governo (Berlusconi), la perdita di 14 milioni di euro di finanziamenti statali ed oltre 55 milioni assegnati in base agli impegni sottoscritti col Governo nazionale nel 2009.

Come già più volte denunciato, tre anni e mezzo di non governo di cui la sanità è l'emblema. L'assenza totale di politica sanitaria dolosamente perseguita dal Presidente e dagli assessori che si sono succeduti; la clamorosa e ingiustificata mancanza del Piano sanitario regionale approvato nella passata legislatura dopo vent'anni di assenza e scaduto dal 2008; il fallimento della pseudo-proposta di riforma del sistema sanitario e della riorganizzazione della rete ospedaliera; l'inesistente monitoraggio di fattori di spesa; l'anarchia nella gestione dei farmaci sono tutti quanti capisaldi della gestione improvvisata e disinvolta che denunciamo dal 2009 e di cui è testimone inconfutabile da tre anni ininterrottamente la Corte dei conti.

Il mostruoso disavanzo della sanità, è l'inevitabile risultato della incapacità di predisporre, approvare e applicare gli atti legislativi e di programmazione sanitaria e della irresponsabilità con la quale, anche soltanto nelle more di una nuova concreta riforma, non si è voluto continuare nella strada tracciata ma distruggere tutto il lavoro fatto nella precedente legislatura. Così il sistema sanitario regionale procede dal 2009 alla cieca senza guida e senza meta. Viceversa, se nel 2009 il centrosinistra ha consegnato un disavanzo del 2008 pari a 75,6 milioni di euro non è perché allora la sanità si è fermata o perché le persone non si sono ammalate, non è per questo. Semplicemente ci si è assunti la doverosa responsabilità di fare politica sanitaria, dando corso al programma elettorale e approvando le leggi di riforma e gli atti necessari di programmazione. Certo quella politica non ha trovato nessuna condivisione nel centrodestra allora all'opposizione ed è stata avversata senza sosta salvo poi, negli allegati alle loro finanziarie di questi anni e che riportano lo stato di attuazione dell'assistenza sanitaria, elencare e riconoscere le proprie deficienze programmatiche quale causa di complicazione della situazione e richiamare la necessità di riprendere e portare a termine il percorso tracciato nella precedente legislatura.

Mi riferisco al percorso definito dalla legge n. 23 del 2005, dalla n. 10 del 2006, dal Piano sanitario regionale, dagli atti aziendali per le ASL, dai protocolli d'intesa con le università, dai tetti di spesa per i privati, dal sistema di monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, dalla lotta contro i ricoveri inappropriati e dalla programmazione e sviluppo dei servizi di assistenza territoriale, il tutto orientato ad un chiaro triplice obiettivo: tagliare gli sprechi e rendere più efficiente la spesa pubblica senza colpire la salute dei cittadini. È così che è diminuito il disavanzo ed è così che il sistema sanitario regionale stava cambiando positivamente volto, non grazie a vuoti proclami.

Voglio ricordare che buona parte della campagna elettorale del 2009, oltre che sul Piano paesaggistico regionale, è stata giocata proprio sulla sanità e sulle promesse di una nuova eccezionale stagione riformatrice che invece, appena accennata, è affondata in Commissione sotto i colpi del centrosinistra, ma soprattutto per le prese di distanza e per il voto contrario di una parte del centrodestra.

Appare ben chiaro quindi che invece di perseguire la qualità dell'assistenza, una politica di investimenti, lo sviluppo dell'assistenza territoriale, il potenziamento dei distretti, l'incremento della prevenzione, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale, l'attuale Giunta ha preferito e preferisce continuare la sua stagione senza approvare le leggi necessarie, e capiamo bene il perché. Perché ciò garantisce interessi particolari ed è funzionale alla libertà incondizionata con cui

fino ad oggi è stata utilizzata la sanità. Una macchina per ampliare il potere personale e il consenso elettorale di alcuni con buona pace dei bisogni di salute dei cittadini, di un minimo sindacale di governo clinico e delle casse pubbliche.

I numeri purtroppo sono impietosi ed è opportuno ricordarli. La spesa sanitaria in Sardegna è cresciuta con punte del 6,5 per cento dal 2001 al 2005, tale tasso di crescita si è dimezzato dal 2006 al 2008, il disavanzo effettivo netto del 2008 è stato pari al 75.600.000 di euro ed è, come certificato dalla Corte dei conti, per essere precisa nell'adunanza del 21 luglio 2009, il secondo minor disavanzo degli ultimi dieci anni. È questa l'eredità consegnata dal centrosinistra e che questa Giunta ha dissipato in un anno, a partire dal primo anno. Il disavanzo del 2009 è stato infatti di 265 milioni di euro, nel 2010 di 198 milioni di euro, nel 2011 di 360 milioni, e nel 2012 idem, si confermano per ora, stanziandoli addirittura preventivamente nel bilancio di previsione, i 360 milioni. Non solo, la Regione ha fatto registrare nel 2011 i valori di spesa farmaceutica più alti in campo nazionale, con uno scostamento, secondo la Corte dei conti-rapporto 2011 delle sezioni riunite, di circa 160 milioni di euro rispetto agli obiettivi, di cui 121 milioni d'incremento per la sola spesa ospedaliera, inoltre la spesa sanitaria pro capite in Sardegna ha già superato di gran lunga la media nazionale senza che sia aumentata minimamente la qualità del servizio, con l'aggravante che tutto ciò che è sprecato in sanità viene sottratto alle altre esigenze dei cittadini e delle imprese. Questi sono i dati ufficiali, e non c'è spazio né per lo scariabarile, né per la manipolazione dei numeri. Se poi vogliamo parlare del confronto tra i conti economici regionali 2008, 2010 e 2011, si scopre una crescita delle prestazioni da privato nella specialistica ambulatoriale, in particolare con un trasferimento di quote crescenti dalle attività di degenza a quelle ambulatoriali, che passano da 3 milioni di euro del 2008, ai 12 milioni di euro del 2010, mentre nel 2011 si ha un ulteriore incremento di 6 milioni di euro. La crescita delle prestazioni da privato è rafforzata dalle attività socio sanitarie che aumentano notevolmente nel 2010.

Tutto ciò dimostra quanto affermato in precedenza, ossia evidenza come per la Sardegna il problema non è la disponibilità finanziaria, ma la capacità di programmare e di utilizzare bene le risorse disponibili.

Invece, dopo ben tre anni e mezzo di legislatura il Consiglio regionale, a parte alcune norme isolate approvate in sede di manovra finanziaria, è chiamato a discutere il primo e unico provvedimento legislativo in materia di sanità che Giunta regionale e maggioranza sono stati in grado di produrre e portare fino alla iscrizione all'ordine del giorno del Consiglio regionale a fronte di una massiccia propaganda, iniziata con la campagna elettorale del 2009 e mai terminata. Propaganda che annunciava, con la vittoria del centrodestra, un'eccezionale stagione riformatrice del sistema sanitario regionale che avrebbe spazzato via l'odiata politica sanitaria della precedente legislatura per sostituirla con una totalmente diversa, capace di corrispondere finalmente ai bisogni di salute dei cittadini e, allo stesso tempo, di tenere comunque sotto controllo la spesa.

Alla prova dei fatti della politica e del governo della sanità, superata l'esigenza dell'unità nella e per la propaganda, ciò che è emerso da subito è appunto il vuoto programmatico e la litigiosità interna riscontrabili: nella inconcludenza delle norme approvate (legge regionale n. 3 del 2009), in quelle approvate in commissione e poi insabbiare (testo unificato n. 48-99/A approvato dalla Settima Commissione il 12 luglio 2011); nei tentativi falliti di ridefinire la rete territoriale, la rete ospedaliera e quella dell'emergenza (delibera n. 31/2 del 20 luglio 2011 su cui è stata aperta la procedura di consultazione prevista dalla legge regionale n. 10 del 2006 al termine della quale dovrebbe essere trasmessa al Consiglio per l'approvazione definitiva ma di cui non è dato sapere le sorti alla luce del presente provvedimento posto che la stessa non è stata revocata); nell'assurdità della deliberazione (delibera n. 33/21 del 31 luglio 2012) da parte della Giunta regionale delle linee guida per gli atti aziendali delle ASL prima della approvazione della legge (proprio il disegno di legge n. 385 alla nostra attenzione) che detta criteri che dovrebbero far parte integrante delle linee guida stesse; nella illegittimità delle linee guida per la salute mentale approvate definitivamente dalla Giunta (delibera n. 33/19 del 31 luglio 2012) senza l'obbligatorio passaggio in commissione sanità. Per citare i casi macroscopici.

A questa sequenza confusa di provvedimenti si aggiunge il disegno di legge n. 385 ora in discussione che, lungi dal recuperare l'assenza totale di politica sanitaria e i danni da essa provocati, si presenta come un testo approssimativo, contraddittorio e dove è possibile riscontrare importanti profili di illegittimità tali da renderlo inapplicabile. Per questi motivi le forze di minoranza presenti in Commissione sanità non solo hanno espresso il voto contrario al disegno di legge n. 385, ma ne hanno anche chiesto il ritiro da parte della Giunta. Peraltro, a riprova della debolezza del presente provvedimento, è utile sottolineare che la contrarietà al testo è stata espressa, oltre che dal centrosinistra e dal gruppo Sardegna è già domani, anche dai Riformatori col risultato che esso è stato approvato col voto favorevole di due soli gruppi politici presenti in Consiglio regionale e dal consigliere dell'MPA.

Sebbene si ritenga opportuno evidenziare che il testo presentato dalla Giunta ha subito in Commissione consistenti modifiche e che buona parte delle sostanziali modifiche (in particolare abrogazione degli articoli 7 - Residenze sanitarie assistenziali, 8 - Hospice e 17 - Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci de Servizio sanitario regionale) sono il frutto delle insistenti e dettagliate osservazioni delle minoranze e dell'approvazione dei relativi emendamenti, ciò che rimane, in particolare gli articoli 10-11-12-13, necessita di ampia discussione e attenta valutazione da parte del Consiglio poiché si tratta di norme, oltre che inopportune, illegittime in quanto disattendono in pieno sia la normativa regionale vigente in materia di programmazione sanitaria (legge regionale 28 luglio 2006, n. 10) sia la normativa nazionale (decreto legislativo n. 502 del 1992). Le due norme (la prima ovviamente ha recepito la seconda) prevedono infatti che le materie oggetto degli articoli 10 - Rete ospedaliera, 11 - Adempimenti delle aziende sanitarie, 12 - Implementazione della rete di assistenza, siano, per la loro natura, di specifica e ovvia pertinenza del Piano sanitario regionale.

Così con il presente provvedimento, derogando esplicitamente (comma 2, articolo 18) e illegittimamente alle leggi vigenti, si assesta volutamente un altro colpo al sistema regionale delle regole approvate nella passata legislatura e, con esse, al modello di governo del sistema basato sul rafforzamento del ruolo di indirizzo e di controllo della Regione e del pieno esercizio delle funzioni di committenza da parte delle ASL. Contestualmente, cosa altrettanto grave, il disegno di legge n. 385 espropria il Consiglio regionale della sua funzione in materia di programmazione sanitaria, elimina dal processo di programmazione il necessario coinvolgimento e la condivisione delle decisioni con la comunità regionale e i suoi rappresentanti a tutti i livelli, scarica le responsabilità sui direttori generali che, chiamati anche ad autoridursi i posti letto, vengono investiti di un potere che esula dall'ambito amministrativo per sconfinare in quello politico. Non meno emblematica è la modifica in senso limitativo della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria.

Il disegno di legge n. 385 rappresenta pertanto l'esempio più eclatante dell'involuzione della programmazione sanitaria regionale, l'epilogo di quanto prodotto nel corso di questi anni da parte dell'Esecutivo: annunci di riforme storiche mai realizzate, di tentativi incompiuti di ridefinire la rete territoriale, la rete ospedaliera e quella dell'emergenza, per lo più incoerenti, se non in contrasto tra di loro.

Il capo II del disegno di legge prevede interventi di riordino della rete ospedaliera, con il taglio di circa 1.300 posti letto, recependo i parametri previsti dal Patto della salute del dicembre 2009 e la recente legge 7 agosto 2012, n. 135, di conversione del decreto legge n. 95 del 2012 (cosiddetta spending review); si tratta, come è facile capire, di un passaggio delicatissimo, critico e di forte impatto sul sistema assistenziale regionale che, in realtà, doveva essere realizzato per parte preponderante (800 posti letto) entro il 30 giugno 2011, attraverso la ridefinizione della rete ospedaliera regionale.

La definizione della rete ospedaliera è un capitolo fondante del Piano sanitario regionale. Così è stabilito dall'articolo 12 della legge regionale n. 10 del 2006. Il Piano "definisce la rete ospedaliera riguardo alla distribuzione dell'offerta dei posti letti pubblici e privati fra le aziende sanitarie locali e ospedaliere, alla presenza nelle aziende sanitarie delle diverse discipline, nonché all'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale".

La riorganizzazione della rete ospedaliera deve necessariamente essere pensata all'interno di un piano più complessivo di programmazione sanitaria: perché tagliare posti letto può comportare rischiose discrasie nell'offerta dei servizi sanitari, in termini di equilibrio della presenza delle discipline ospedaliere nei diversi territori della regione, perché la funzionalità di una riconversione dell'assistenza non può prescindere dalla definizione e dal governo di precise regole: l'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale che svolgono funzioni sovraziendali, la definizione dei criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari territoriali, la definizione dei parametri che devono guidare il processo di riconversione dei più piccoli ospedali.

In questo senso il disegno di legge n. 385 rappresenta una totale abdicazione del ruolo di governo del sistema sanitario da parte della Regione, una completa negazione dei principi stabiliti non solo nella legge regionale n. 10 del 2006, ma anche nella legge di riordino del Servizio sanitario nazionale (decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni) e dai piani sanitari nazionali.

Il tutto è giustificato nella relazione di maggioranza dalla necessità di avvalersi di "procedure più snelle rispetto a quelle previste dalla legge regionale n.10 del 2006, alle quali in parte deroga".

Queste deroghe superficialmente e indebitamente giustificate dall'esigenza di fare in fretta, rappresentano, come già sottolineato, degli illegittimi e inaccettabili arretramenti in termini giuridici, culturali e strategici e, come detto, minano nella sostanza il ruolo affidato alla Regione da parte della legislazione sanitaria nazionale.

Su un punto siamo d'accordo: sull'estremo ritardo con il quale un provvedimento di riordino della rete ospedaliera viene portato alla discussione in Consiglio regionale. La proposta di pianificazione dei servizi sanitari sarebbe dovuta essere presentata alla scadenza del PSR 2006-2008. Vale la pena di ricordare che l'assenza di un tale provvedimento ha precluso la possibilità di ottenere oltre 250 milioni da parte del Ministero appositamente stanziati per la Sardegna per l'ammodernamento dell'edilizia e delle tecnologie sanitarie.

Non ci sfugge che le precedenti proposte di riordino, mai pervenute in Aula consiliare, fossero non a caso completamente contrastanti se non antitetiche rispetto a quella oggi presentata.

L'incapacità e l'inefficacia dell'azione di programmazione regionale viene mascherata dalla necessità di prevedere "una pianificazione sanitaria dal basso, attuata dai direttori generali, in conformità a direttive generali impartite dalla Giunta regionale". Siamo di fronte ad un problema di cattiva e aberrante interpretazione della norma che porta a confondere i ruoli e le funzioni reciproche della Regione rispetto a quelle delle aziende sanitarie.

Ma accanto alle distorsioni formali, una prima valutazione di merito del processo di riorganizzazione assistenziale porta facilmente a prevedere il fallimento dello stesso. Infatti, quali aspettative possono essere poste sull'efficacia di un modello a centralità aziendale, secondo il quale il direttore generale di un'azienda sanitaria propone alla Giunta l'autoriduzione dei posti letto essenzialmente sulla base del rispetto o meno del valore soglia (75 per cento) del tasso di utilizzazione del posto letto?

Una seconda deroga riguarda la necessità, prevista dalla legge regionale n. 10 del 2006 (articolo 3, comma 3) e dal decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni (articolo 1, comma 13), che la proposta di riordino delle reti dei servizi sanitari (territoriale ed ospedaliera), di enorme valenza strategica e di forte impatto sociale e per tali motivi inseriti nei provvedimenti di pianificazione regionale, richiedono una ampia consultazione da parte della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria, della Consulta regionale per i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari (entrambe previste dalla legge regionale n. 23 del 2005), delle università e dei rappresentanti degli ordini e dei collegi delle professioni sanitarie.

Perché, se è stato cancellato nel 2008 il piano di riordino della rete ospedaliera, parte integrante del Piano regionale dei servizi sanitari 2006-2008, per l'allora rilevato difetto di consultazione, è oggi possibile approvare in Aula, in modo estemporaneo e ignorando le previste forme di partecipazione della comunità regionale, un disegno della rete ospedaliera che assume un impatto sicuramente maggiore del precedente, almeno in termini quantitativi (taglio di 1300 posti letto rispetto a quello disposto nel 2006 pari a 722)?

Lasciano increduli le previsioni che, come parziale rimedio, prevedono la delega delle funzioni e degli obblighi di consultazione previsti dalla normativa nazionale, ai direttori generali delle aziende sanitarie. Ciò sta ancora una volta a dimostrare la colpevole disattenzione e la stupefacente confusione interpretativa delle norme da parte degli estensori del testo del disegno di legge.

Non si può abdicare a questa regola di democrazia o pretendere di investire in modo improprio altri di questo obbligo. Non si può sfuggire al confronto su temi di valore strategico come la qualità dei servizi sanitari, il taglio di strutture ospedaliere, gli interventi per favorire i processi di deospedalizzazione e di riconversione degli ospedali.

I criteri che guidano l'azione dei direttori generali sono quelli previsti dalla norma generale: il tasso di ospedalizzazione, la dotazione di posti letto rispetto alla popolazione residente. Criteri d'indirizzo che sono propri della programmazione nazionale. Criteri che devono essere declinati nella realtà regionale sarda, sulla base di obiettivi specifici definiti dalla programmazione regionale per soddisfare le esigenze specifiche del territorio.

L'unico strumento che viene fornito per procedere al taglio dei posti letto è il tasso di occupazione dei posti letto. Questo indicatore misura su base annua la percentuale dei giorni che in media il posto letto in dotazione all'ospedale o al reparto è occupato dagli assistiti. È un indicatore completamente desueto, tanto da non essere più utilizzato nei rapporti sulla valutazione dell'efficienza dei servizi (confrontate per esempio l'ultimo rapporto del Ministero della salute sull'attività di ricovero 2010).

Sanno tutti infatti, o almeno dovrebbero, che i processi di deospedalizzazione non si governano misurando quanti giorni si occupa un letto in corsia, ma attraverso l'applicazione dei principi guida che mirano a ridurre il numero di ricoveri inappropriati; i ricoveri effettuati per rispondere a bisogni che possono efficacemente essere gestiti dai servizi ambulatoriali ospedalieri o territoriali o dai servizi di cure primarie (articolo 6 del Patto della salute 2010-2012). In Sardegna nel 2009 i ricoveri inappropriati sono stati quasi 51 mila (deliberazione della Giunta regionale n. 31/2 del 2011). Le azioni di deospedalizzazioni, preliminari al taglio dei posti letto, dei reparti e delle strutture ospedaliere, comprendono gli interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24, attraverso obiettivi, accordi che necessitano di un forte governo regionale.

È davvero pericoloso e fuorviante pensare che il compito di provvedere al taglio di 1.300 posti letto sia assegnato ai direttori generali delle aziende sanitarie, in un contesto di estrema povertà regolatoria.

Non si può tacere sul dibattito avuto in Commissione Sanità in merito all'articolo 7, poi abrogato, sulle RSA. È anche questo esemplificativo dell'alto livello di disorientamento raggiunto dalla pianificazione sanitaria.

Dobbiamo riflettere su come sia stato possibile riproporre un fabbisogno di posti letto di RSA previsto nel 2003, senza tenere conto dell'evoluzione dei modelli di rete territoriale avviati negli ultimi dieci anni, in particolare per le cure domiciliari, dell'esigenza di ripensare la rete sociosanitaria e di potenziare i servizi sociali residenziali, senza un'approfondita valutazione del forte incremento della spesa regionale per l'assistenza in RSA rilevato negli ultimi due anni. La deliberazione citata (deliberazione della Giunta regionale n. 6/63 del 2003) prevedeva un fabbisogno di 4.350 posti letto di RSA,

con un incremento pari a quasi tre volte l'attuale dotazione (1.680 posti letto); i costi gestione già in crescita negli ultimi tre anni, raggiungerebbero a regime un valore tendenzialmente superiore ai 173 milioni di euro all'anno, pari a circa 4 volte quelli registrati nel 2008.

Infine, l'articolo 18, comma 3, prevede che "Gli atti aziendali delle aziende sanitarie sono elaborati conformemente alla presente normativa a seguito di apposita direttiva dell'Assessorato regionale in applicazione della legge regionale n. 10 del 2006, e gli stessi si applicano fino all'approvazione dei nuovi atti aziendali elaborati ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale n. 3 del 2009.". Questo vuole dire che, visti i tempi previsti per la definizione dei programmi di riordino della rete ospedaliera (almeno 150 giorni dall'approvazione del disegno di legge), e i tempi almeno altrettanto lunghi di approvazione da parte degli organi preposti (Commissione consiliare, Conferenza provinciale, Assessorato regionale) delle linee di indirizzo prima, e poi degli stessi atti aziendali, si può concludere che il loro concepimento sarà volontariamente interrotto prima che essi possano vedere la luce oppure, più probabilmente, quanto previsto dalla legge regionale n. 3 del 2009 (il riordino del SSR) non sarà mai attuato.

Se poi si approfondiscono le relazioni di merito tra il disegno di legge n. 385 e il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), (pubblicato il 7 luglio), ed in particolare le disposizioni contenute nella lettera c) del comma 13 dell'articolo 15, relative alla riorganizzazione della rete ospedaliera che il disegno di legge n. 385 deve recepire e si considera che dopo l'approvazione del disegno di legge in Commissione sono stati adottati a livello nazionale altri 2 importanti provvedimenti, risulta ancora più stringente la necessità di interrompere la discussione in Aula per riportarla in Commissione.

Si segnala infatti che:

- il decreto legge n. 95 del 2012 è stato convertito con la legge 7 agosto 2012, n. 135, che vi ha apportato alcune modifiche di cui sarebbe opportuna una discussione in Commissione. Tra esse fondamentale la circostanza che "le Regioni ... adottano i provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto" sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, nonché il fatto che il legislatore abbia modificato la percentuale di riduzione dei posti letto a carico dei presidi ospedalieri pubblici portandola dal 40 per cento al 50 per cento;
- il decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute" introduce alcune importanti novità di cui la Commissione deve necessariamente discutere.

L'Assessore ha affermato che l'approvazione del disegno di legge n. 385 "ci consentirà di non perdere 256 milioni per gli ospedali"; con questa affermazione, verosimilmente (?) fa riferimento alle risorse previste per il programma di investimenti ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988. A tal proposito si osservi che:

- come si evince dal sito del Ministero della sanità le risorse a disposizione per accordi di programma da sottoscrivere ammontano a euro 243.879.245,02, di cui euro 200.976.636,80 ripartite con delibere CIPE n. 97 e 98 del 18 dicembre 2008 (e non dunque a 256 milioni).
- la procedura da seguire per l'attribuzione delle risorse è articolata e complessa (e se certamente non si può prescindere dal recepimento degli standard nazionali, e dunque dall'adozione di questo provvedimento, il semplice recepimento, da solo, non può bastare).

Non ci è sfuggito inoltre che nel recepimento del decreto legge n. 95 del 2012, sia stata tralasciata una importante prescrizione, in particolare:

- la normativa nazionale prevede che: la riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento (con la legge di conversione il 50 per cento) del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Viceversa il disegno di legge n. 385 non fa alcun riferimento alla soppressione delle unità operative complesse.

Se la maggioranza di turno intende mettere mano al Sistema sanitario regionale, per noi la strada obbligata da seguire è quella prescritta dalle leggi nazionali e regionali vigenti. Queste ad oggi prevedono che per mettere mano a quanto previsto nel dl 385 sia necessario approvare il Piano sanitario regionale. Non c'è altra strada e non sono ammissibili le scorciatoie.

La riorganizzazione della rete ospedaliera, perché non si riduca ad un puro fatto contabile, deve essere inserita in un disegno complessivo che veda un potenziamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale a fronte di una riduzione del peso quantitativo dell'assistenza ospedaliera. Un approccio di questo tipo, che è l'unico che può migliorare la qualità dei servizi offerti al cittadino, è assolutamente necessario e può essere definito solo in un nuovo piano sanitario. La legge può e deve fissare procedure e norme organizzative, ma non può sostituirsi al Piano, che è lo strumento atto a fissare obiettivi, dimensionare i servizi, definire azioni e indirizzi in un quadro organico, in una visione d'insieme e in tempi predeterminati.

Il Consiglio regionale non può essere esautorato dai suoi compiti statutari. I cittadini sardi e gli operatori sanitari debbono avere la garanzia della più completa trasparenza nell'assunzione delle decisioni che riguardano uno dei servizi fondamentali per la persona e un settore che da solo incide per il 53,82 per cento sulla spesa pubblica regionale; così come la Commissione Sanità, organo fondamentale per l'istruttoria dei provvedimenti che il Consiglio deve poi esaminare, non può essere trasformata in organo di supporto (e di cogestione) delle deliberazioni dell'Esecutivo regionale e addirittura dei direttori generali delle ASL.

La legge che ha ridefinito l'organizzazione del sistema sanitario della Sardegna, allineandolo alle novità introdotte a livello nazionale, in Sardegna c'è già ed è la legge regionale n. 10 dell'agosto del 2006. Non c'è assoluta necessità di approvare un provvedimento confuso, pasticciato, finanziariamente pericoloso, inapplicabile, non condiviso neppure da una parte importante della maggioranza. Si auspica pertanto che venga ritirato, per evitare che ai danni prodotti con un provvedimento di legge ideato solo per il commissariamento delle aziende sanitarie, se ne aggiungano degli altri ancora più gravi.

**TESTO DEL PROPONENTE****TESTO DELLA COMMISSIONE**

## Capo I

## Capo I

## Disposizioni varie

## Disposizioni varie

## Art. 1

## Art. 1

## Registri patologie

## Registri patologie

1. Il comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 7 agosto 2009, n. 3 (Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale), è sostituito dal seguente:

1. Il comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 7 agosto 2009, n. 3 (Disposizioni urgenti nei settori economico e sociale), è sostituito dal seguente:

"2. Nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono istituiti i seguenti registri di patologia:

"2. Nel rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono istituiti i seguenti registri di patologia:

- a) registro tumori;
- b) registro delle nefropatie e dei dializzati;
- c) registro sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone;
- d) registro sclerosi multipla;
- e) registro incidenti cardiovascolari;
- f) registro malformazioni congenite;
- g) registro diabete;
- h) registro malattie rare."

- a) registro tumori;
- b) registro delle nefropatie e dei dializzati;
- c) registro sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone;
- d) registro sclerosi multipla;
- e) registro incidenti cardiovascolari;
- f) registro malformazioni congenite;
- g) registro diabete;
- h) registro malattie rare;
- i) registro endometriosi."

2. I registri di cui al comma 1 raccolgono i dati anagrafici e sanitari riferiti allo stato di salute attuale e pregresso delle persone affette dalle relative malattie e dei loro familiari, per finalità di studio e di ricerca.

2. I registri previsti nell'articolo 8, comma 2 della legge regionale n. 3 del 2009, come novellato dal comma 1 del presente articolo, raccolgono, su base aziendale, i dati anagrafici e sanitari riferiti allo stato di salute attuale e pregresso delle persone affette dalle relative malattie e dei loro familiari, per finalità di studio e di ricerca e per una corretta stima epidemiologica ed economica delle patologie.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 20 e dell'articolo 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono individuati i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1 e i soggetti che possono avere accesso ai registri.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi dell'articolo 20 e dell'articolo 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono individuati i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri previsti nel comma 1 e i soggetti che possono avere accesso

ai registri.

Art. 2

Parametri cessione crediti

1. Alla fine del comma 5 dell'articolo 13 della legge regionale 19 gennaio 2011, n. 1 (legge finanziaria 2011), sono aggiunte le parole: "Il tasso d'interesse massimo applicabile all'operazione di sconto non può eccedere il parametro Euribor 1 mese (base 360) corrispondente all'operazione di sconto o in alternativa il tasso d'interesse BCE, considerando il più vantaggioso tra i due, maggiorato di uno spread pari a 2 punti percentuali annui."

Art. 3

Rete epidemiologica della Sardegna

1. L'articolo 3 della legge regionale 6 maggio 1991, n. 16 (Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale), è sostituito dal seguente:

"Art. 3 (Rete epidemiologica della Sardegna).

1. La Rete epidemiologica della Sardegna si articola nell'Osservatorio epidemiologico regionale (OER), allocato all'interno dell'Agenzia regionale sanitaria, con funzioni di coordinamento generale della rete e in Centri epidemiologici aziendali (CEA) che svolgono funzioni di supporto e raccordo di livello aziendale dei flussi epidemiologici."

Art. 2

Parametri cessione crediti

(soppresso)

Art. 3

Rete epidemiologica della Sardegna

1. L'articolo 3 della legge regionale 6 maggio 1991, n. 16 (Istituzione dell'Osservatorio epidemiologico regionale), è sostituito dal seguente:

"Art. 3 (Rete epidemiologica della Sardegna).

1. La Rete epidemiologica della Sardegna si articola nell'Osservatorio epidemiologico regionale (OER), allocato all'interno dell'Agenzia regionale sanitaria, con funzioni di coordinamento generale della rete, e in Centri epidemiologici aziendali (CEA) che svolgono funzioni di supporto e raccordo di livello aziendale dei flussi epidemiologici.

2. Nell'ambito dell'OER sono istituiti:

a) l'Osservatorio per la medicina di genere;  
b) il Registro della mal practice sanitaria che raccoglie e classifica tutti gli elementi disponibili sul contenzioso sanitario aziendale, utilizzando i medesimi dati sanitari e statistici per il rafforzamento dell'attività di risk management e di interventi di contenimento della medicina difensiva; i dati che affluiscono nel registro della mal practice sanitaria sono pubblicati in modo anonimo nei singoli siti web aziendali."

2. L'articolo 4 della legge regionale n. 16 del 1991 è abrogato.

## Art. 4

## Abrogazione

1. L'articolo 4 della legge regionale n. 16 del 1991 è abrogato.

## Art. 4

## Abrogazione

(soppresso)

## Art. 4 bis

## Parametri cessione crediti

1. Alla fine del comma 5 dell'articolo 13 della legge regionale 19 gennaio 2011, n. 1 (legge finanziaria 2011), sono aggiunte le seguenti parole: "Il tasso d'interesse massimo applicabile all'operazione di sconto deve essere il più vantaggioso tra quelli da reperire nel mercato finanziario."

## Art. 5

## Controlli

1. Il comma 4 dell'articolo 29 della 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), è sostituito dal seguente:

"4. Il termine per l'esercizio del controllo di cui alle lettere a) e b) del comma 1 è di sessanta giorni ed è interrotto qualora l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale richieda chiarimenti o elementi integrativi; il medesimo termine è sospeso dal 5 al 25 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio. Ai fini del calcolo del termine per l'esercizio del controllo di cui alle lettere a) e b) del comma 1 non sono computati i sabati, le domeniche e le festività nazionali e infrasettimanali individuate dalla legge."

2. Il comma 3 dell'articolo 21 della legge regionale 4 agosto 2008, n. 12 (Riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna "Giuseppe Pegreff", ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, e abrogazione della legge regionale 22 gennaio 1986, n. 15), è sostituito dal seguente:

"3. Il termine per l'esercizio del controllo di cui

## Art. 5

## Controlli

1. L'articolo 29 della 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), è sostituito dal seguente:

"Art. 29 (Controlli regionali)

1. La Regione esercita, per il tramite dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, il controllo preventivo sui seguenti atti delle aziende sanitarie:

a) bilancio di esercizio;  
b) atti di disposizione del patrimonio eccedenti l'ordinaria amministrazione;  
c) atti o contratti che comportino impegni di spesa su base pluriennale per un importo complessivo superiore a euro 5.000.000.

2. Gli atti o i contratti che comportano impegni di spesa inferiori a euro 5.000.000 non sono soggetti a controllo preventivo, ma sono comunicati all'Assessorato contestualmente alla loro adozione.

3. Il controllo previsto nel comma 1 è di legittimità e di merito. Il controllo di legittimità consiste nel giudizio circa la conformità dell'atto rispetto a disposizioni legislative e regolamentari.

alle lettere a) e b) del comma 1 è di sessanta giorni ed è interrotto qualora l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale richieda chiarimenti o elementi integrativi; il medesimo termine è sospeso dal 5 al 25 agosto e dal 24 dicembre al 6 gennaio. Ai fini del calcolo del termine per l'esercizio del controllo di cui alle lettere a) e b) del comma 1 non sono computati i sabati, le domeniche e le festività nazionali e infrasettimanali individuate dalla legge."

3. Ai fini di una maggiore chiarezza in ordine ai controlli effettuati dalla Regione sugli atti dell'Istituto zooprofilattico sperimentale è eliminato il punto 16) della lettera b) del comma 24 dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 5 (legge finanziaria 2010).

Il controllo di merito ha natura di atto di alta amministrazione e consiste nella valutazione della coerenza dell'atto adottato dall'azienda rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.

4. Il termine per l'esercizio del controllo previsto nel comma 1 è di trenta giorni consecutivi a eccezione di quello previsto alla lettera c) che è di quindici giorni. Il termine, decorso il quale gli atti si intendono approvati, è interrotto qualora l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale richieda chiarimenti o elementi integrativi e riparte con il ricevimento degli elementi integrativi da parte dell'Assessorato.

5. Gli atti soggetti al controllo preventivo ai sensi del comma 1 sono pubblicati in forma integrale contestualmente al loro invio al controllo. In attesa del controllo regionale a essi non è data esecuzione.

6. La Giunta regionale nomina commissari per l'adozione degli atti obbligatori per legge, previa diffida a provvedere nel termine di trenta giorni, in caso di omissione o ritardo da parte del direttore generale."

2. Il comma 3 dell'articolo 21 della legge regionale 4 agosto 2008, n. 12 (Riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna "Giuseppe Pegreff", ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, e abrogazione della legge regionale 22 gennaio 1986, n. 15), è sostituito dal seguente:

"3. Il termine per l'esercizio del controllo previsto dalle lettere a) e b) del comma 1 è di trenta giorni consecutivi. Il termine, decorso il quale gli atti si intendono approvati, è interrotto qualora l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale richieda chiarimenti o elementi integrativi e riparte con il ricevimento degli elementi integrativi da parte dell'Assessorato."

3. Il punto 16) della lettera b) del comma 24 dell'articolo 1 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 5 (legge finanziaria 2010), è abrogato.

## Art. 6

## Retribuzione del personale dipendente da operatori convenzionati

1. Gli operatori che svolgono attività per conto del Servizio sanitario regionale sono tenuti, entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge, a garantire il tempestivo adempimento dei propri obblighi retributivi e contributivi. Il mancato adempimento dei suddetti obblighi comporta l'applicazione della procedura di infrazione secondo le modalità ed i tempi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 31 ottobre 2007, n. 44/22 (Piano Regionale dei Servizi sanitari 2006-2008: Procedura di infrazione in caso di inadempienze nell'applicazione dei CCNL - Indirizzi applicativi).

2. Il mancato rispetto della diffida, di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 44/22 del 2007, a provvedere al pagamento degli stipendi al personale dipendente e, comunque, il mancato pagamento degli stipendi ai propri dipendenti protratto oltre novanta giorni, comporta l'automatica risoluzione del rapporto di convenzione con il Servizio sanitario regionale.

3. La risoluzione di cui al comma 2 è comunicata all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale dalla ASL presso la quale l'operatore esercita l'attività di cui al comma 1.

## Art. 7

## Residenze sanitarie assistenziali

1. L'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale possono essere concessi alle strutture destinate all'attività residenziale sanitaria assistenziale per la modifica, rimodulazione o riconversione dei posti letto autorizzati nelle strutture esistenti.

2. L'ampliamento delle strutture esistenti e la realizzazione di nuove strutture è condizionato al rispetto dei seguenti vincoli:

## Art. 6

## Retribuzione del personale dipendente da operatori convenzionati

(soppresso)

## Art. 7

## Residenze sanitarie assistenziali

(soppresso)

- a) il numero dei posti letto esistenti o già programmati, purché la costruzione della struttura sia stata avviata entro un anno dal rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione, non sia superiore a quello previsto dalla deliberazione della Giunta regionale 25 febbraio 2003, n. 6/63 (Requisiti residenze sanitarie assistenziali. Integrazioni e modifiche deliberazione Giunta regionale 22.5.2001 (17/14) e successive), con riferimento all'ambito territoriale dell'azienda sanitaria locale in cui è presente la RSA;
- b) la presenza o previsione nel territorio di residenze sanitarie assistenziali, ovvero il relativo ampliamento, privilegiando gli ambiti territoriali carenti di strutture ospedaliere;
- c) presenza di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi ed ulteriori previsti dalle normative vigenti.

Art. 8

Hospice

1. Possono essere autorizzate ed accreditate strutture dedicate ad attività di hospice nel limite di cento posti letto, comprensivi di quelli già esistenti.

2. L'autorizzazione alla realizzazione è subordinata al possesso di tutti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione previsti dalle normative vigenti.

Art. 9

Contratti di lavoro atipici

1. Il conferimento di incarichi di collaborazione, a qualsiasi titolo ed indipendentemente dalle modalità di finanziamento del contratto, nelle aziende sanitarie, rispetta il principio della selezione pubblica ed è subordinato alla espressa individuazione del posto vacante da colmare nella pianta organica aziendale.

2. La posizione vacante di cui al comma 1 non può essere conferita a soggetti privi dei requisiti e dei titoli di accesso previsti dal Servizio sanitario nazionale per la posizione stessa.

Art. 8

Hospice

(soppresso)

Art. 9

Contratti di lavoro atipici

(identico)

3. Le aziende sanitarie, per conferire incarichi di collaborazione riferiti a posizioni non previste o indisponibili nella pianta organica, presentano una richiesta di autorizzazione motivata all'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

## Capo II

Interventi volti alla razionalizzazione e riduzione della spesa

### Art. 10

#### Rete ospedaliera

1. La ristrutturazione della rete ospedaliera regionale risponde ai seguenti criteri:

- a) dotazione di posti letto non superiore a 4 per 1.000 abitanti, di cui 3,3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungo degenza post acuzie;
- b) la dotazione di cui al punto a) può essere aumentata fino ad un massimo del 5 per cento in relazione a condizioni demografiche relative al peso della popolazione ultrasettantacinquenne;
- c) tasso ospedalizzazione inferiore a 180 ricoveri per 1.000 abitanti;
- d) tasso di utilizzazione di posti letto non inferiore al 75 per cento;
- e) una quota dei posti letto, pari ad almeno il 10 per cento dei posti letto di ricovero ordinario è riservata a posti letto di ricovero in regime diurno;
- f) istituzione di camere a pagamento e di spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia per una quota di posti letto compresa tra il 5 per cento e il 10 per cento, non calcolata nell'indice di 3,3 posti letto per acuti;
- g) prevedere, nel rispetto dei criteri di cui alle lettere precedenti, la partecipazione al sistema sanitario di strutture private, favorendo la parziale riconversione dei posti letto oggi esistenti in posti letto di riabilitazione e lungo degenza post acuzie.

2. L'autorizzazione alla rimodulazione, all'ampliamento o alla trasformazione dei posti

## Capo II

Interventi volti alla razionalizzazione e riduzione della spesa

### Art. 10

#### Rete ospedaliera

1. La ristrutturazione della rete ospedaliera regionale risponde ai seguenti criteri:

- a) dotazione di posti letto non superiore a 3,7 per 1.000 abitanti, di cui 3 per acuti e 0,7 per riabilitazione e lungo degenza post acuzie;
- b) riduzione dei posti letto a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 40 per cento del totale dei posti letto da ridurre; fino all'avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo degli incarichi ai sensi dell'articolo 15 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), e successive modificazioni;
- c) tasso di ospedalizzazione inferiore a 160 ricoveri per 1.000 abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni;
- d) tasso di utilizzazione di posti letto non inferiore al 75 per cento in ragione annua: tale tasso è calcolato in proporzione al numero di giorni settimanali di funzionamento della struttura;
- e) istituzione di camere a pagamento e di spazi per l'esercizio della libera professione intramoenia per una quota di posti letto compresa tra il 5 per cento e il 10 per cento, non calcolata nell'indice di 3 posti letto per acuti;
- f) previsione, nel rispetto dei criteri stabiliti

letto in strutture ospedaliere esistenti può essere rilasciata a condizione che le stesse siano in possesso dei requisiti minimi ed ulteriori previsti dalla normativa vigente, considerando per le stesse i criteri di verifica utilizzati per le nuove strutture.

3. Nell'applicazione dei criteri di cui al comma 1 si tiene conto dei dati demografici e socio-economici della Regione, delle caratteristiche del territorio, delle infrastrutture e della rete viaria. In ogni caso i criteri esposti sono correlati con l'esigenza di assicurare livelli minimi di assistenza in tutto il territorio regionale.

4. Per quanto concerne le aziende ospedaliero-universitarie, le presenti previsioni normative sono correlate alla vigente normativa di riferimento.

#### Art. 11

##### Adempimenti delle aziende sanitarie

1. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, sentito il parere vincolante della competente Commissione consiliare, sono approvate le direttive per le aziende sanitarie locali, l'Azienda ospedaliera Brotzu e le aziende ospedaliero-universitarie per l'attuazione degli interventi di cui all'articolo 10.

2. I direttori generali delle aziende sanitarie deliberano, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006, previo parere della Commissione consiliare competente, la proposta di riduzione dei posti letto delle unità operative che, nel biennio precedente, hanno registrato un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento.

nelle lettere a), b), c), d) ed e), della partecipazione al sistema sanitario di strutture private, favorendo la parziale riconversione dei posti letto oggi esistenti in posti letto di riabilitazione e lungo degenza post acuzie.

2. L'autorizzazione alla rimodulazione, all'ampliamento o alla trasformazione dei posti letto in strutture ospedaliere esistenti è rilasciata a condizione che le strutture possiedano i requisiti minimi e ulteriori previsti dalla normativa vigente, applicando per le stesse i criteri di verifica utilizzati per le nuove strutture.

3. Nell'applicazione dei criteri previsti nel comma 1 si tiene conto dei dati demografici e socio-economici della Regione, delle caratteristiche del territorio, delle infrastrutture e della rete viaria; in ogni caso i criteri sono correlati con l'esigenza di assicurare livelli minimi di assistenza in tutto il territorio regionale.

4. Le disposizioni del presente articolo, per quanto concerne le aziende ospedaliero-universitarie, sono correlate alla normativa di riferimento vigente.

#### Art. 11

##### Adempimenti delle aziende sanitarie

1. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, sentito il parere della competente Commissione consiliare da esprimere entro trenta giorni, sono approvate le direttive per le aziende sanitarie locali, l'Azienda ospedaliera Brotzu e le aziende ospedaliero-universitarie per l'attuazione degli interventi previsti nell'articolo 10.

2. I direttori generali delle aziende sanitarie deliberano, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria prevista nell'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006, previo parere della Commissione consiliare competente, la proposta di riduzione dei posti letto delle unità operative che, nel biennio precedente, hanno registrato un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento.

3. I direttori generali delle aziende sanitarie in cui sono presenti unità operative con un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento che trovi giustificazione nelle condizioni previste dai criteri di cui all'articolo 10, comma 2, e dalle direttive di cui al comma 1 che precede propongono il mantenimento dei posti letto.

4. I direttori generali delle aziende sanitarie possono proporre, nel rispetto dei criteri di cui all'articolo 10, l'accredito di ulteriori strutture in relazione alle quali sussistano adeguate esigenze da motivare in modo circostanziato, purché dotate dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento definitivo previsti dalla normativa vigente.

5. La proposta di razionalizzazione dei posti letto complessivi, sia pubblici che privati, che insistano nel territorio ASL, è adottata o modificata dal direttore generale, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006, previo parere della Commissione consiliare competente. Detta proposta è elaborata in funzione dei fabbisogni di salute, della loro possibilità di soddisfazione mediante risorse aziendali e dell'offerta integrativa tramite il ricorso alle strutture private.

6. I direttori generali delle aziende sanitarie trasmettono la proposta di razionalizzazione dei posti letto complessivi all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale entro centoventi giorni dall'approvazione delle direttive di cui all'articolo 10.

7. L'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, acquisite tutte le proposte di razionalizzazione di cui al comma 6, ne verifica la coerenza con le disposizioni normative e analizza la nuova distribuzione dei servizi che ne deriverebbe nell'interesse del complessivo Sistema sanitario regionale. L'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale elabora una proposta di organizzazione e la trasmette alla Giunta regionale per l'approvazione.

3. I direttori generali delle aziende sanitarie in cui sono presenti posti letto in unità operative con un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento che trovi giustificazione nelle condizioni previste dai criteri previsti nell'articolo 10, comma 2, e dalle direttive previste nel comma 1 di questo articolo, propongono il mantenimento dei posti letto.

4. I direttori generali delle aziende sanitarie possono proporre, nel rispetto dei criteri previsti nell'articolo 10, l'accredito di ulteriori strutture in relazione alle quali sussistano adeguate esigenze da motivare in modo circostanziato, purché dotate dei requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'autorizzazione e l'accreditamento definitivo.

5. La proposta di razionalizzazione dei posti letto complessivi, sia pubblici che privati, che insistano nel territorio della ASL, è adottata o modificata dal direttore generale, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria prevista nell'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006, previo parere della Commissione consiliare competente. La proposta è elaborata tenendo conto dei fabbisogni di salute, della loro possibilità di soddisfazione mediante risorse aziendali e dell'offerta integrativa tramite il ricorso alle strutture private.

6. I direttori generali delle aziende sanitarie trasmettono la proposta di razionalizzazione dei posti letto complessivi all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale entro centoventi giorni dall'approvazione delle direttive previste nel comma 1.

7. L'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, acquisite le proposte di razionalizzazione previste nel comma 6, ne verifica la coerenza con le disposizioni normative e analizza la nuova distribuzione dei servizi che ne deriverebbe nell'interesse del complessivo Sistema sanitario regionale.

8. L'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, previo parere della competente Commissione consiliare da esprimere entro trenta giorni, elabora una proposta di organizzazione e la trasmette alla Giunta regionale per l'approvazione.

## Art. 12

## Implementazione della rete di assistenza

1. Alla luce di quanto stabilito dagli articoli 10 e 11, i direttori generali predispongono contemporaneamente alla proposta di razionalizzazione della rete ospedaliera un piano di riconversione e/o realizzazione di presidi sanitari che garantiscano, anche congiuntamente, l'erogazione di attività ambulatoriali specialistiche, di guardia medica, emergenza, centri RSA e ADI.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono definite le linee guida per la realizzazione e la gestione delle strutture di cui al comma 1.

3. Le strutture di cui al comma 1 possono essere gestite in via sperimentale sia da soggetti pubblici che privati.

4. Per le finalità di cui ai commi 1 e 2 sono utilizzate anche le risorse di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) in materia di ristrutturazione edilizia ed ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico. La gestione dei programmi straordinari d'investimento per la sanità di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988 e linee correlate è posta interamente ed esclusivamente in capo all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

5. Il piano di cui al comma 1 è allegato, per costituirne parte integrante e sostanziale, alla proposta di razionalizzazione di cui all'articolo 11, comma 5.

## Art. 13

## Verifica degli adempimenti

1. I direttori generali delle aziende attuano gli adempimenti di cui agli articoli 10, 11 e 12 entro i termini di cui all'articolo 11, comma 6.

2. Il mancato rispetto dei termini di cui all'articolo 4, comma 6, così come la mancata

## Art. 12

## Implementazione della rete di assistenza

1. I direttori generali predispongono contemporaneamente alla proposta di razionalizzazione della rete ospedaliera un piano di riconversione e/o realizzazione di presidi sanitari che garantisca, anche congiuntamente, l'erogazione di attività ambulatoriali specialistiche, di guardia medica, emergenza, centri RSA e ADI.

2. Con deliberazione della Giunta regionale sono definite le linee guida per la realizzazione e la gestione delle strutture previste nel comma 1.

3. Per le finalità previste nei commi 1 e 2 sono utilizzate anche le risorse previste nell'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato), in materia di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico; la gestione dei programmi straordinari d'investimento per la sanità previsti nell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, e linee correlate è posta in capo all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

4. Il piano previsto nel comma 1 è allegato, per costituirne parte integrante e sostanziale, alla proposta di razionalizzazione prevista nell'articolo 11, comma 5.

## Art. 13

## Verifica degli adempimenti

1. I direttori generali delle aziende, per le parti di competenza, ottemperano agli adempimenti previsti negli articoli 10, 11 e 12 entro il termine stabilito dall'articolo 11, comma 6.

2. Il mancato rispetto del termine previsto nell'articolo 11, comma 6, così come l'inot-

realizzazione degli adempimenti di cui agli articoli 10, 11 e 12, comporta la decadenza del legale rappresentante dell'azienda.

## Art. 14

## Riparto del Fondo sanitario regionale

1. Il comma 2 dell'articolo 26 della legge regionale n. 10 del 2006 è sostituito dal seguente:

"2. La Giunta regionale individua i criteri per il riparto del Fondo sanitario regionale con riferimento ad un periodo temporale non inferiore al biennio, sentita la Commissione consiliare competente in materia di sanità. Nella definizione dei criteri relativi alle ASL si tiene conto dei livelli essenziali di assistenza e di:

- a) popolazione residente, tenuto conto delle caratteristiche demografiche rilevanti ai fini dei bisogni di assistenza;
- b) variabili di contesto, con particolare riferimento alle caratteristiche infrastrutturali del territorio, alla variabilità demografica stagionale e ai fenomeni di spopolamento;
- c) fabbisogno di assistenza tenuto conto della domanda di prestazioni e della rete dei servizi e presidi;
- d) obiettivi assistenziali e funzioni di coordinamento assegnati alle ASL dalla programmazione regionale."

## Art. 15

## Pubblicità degli atti

1. Le aziende sanitarie pubblicano gli atti, sia deliberazioni del direttore generale che determinazioni dirigenziali, sull'albo pretorio on line dell'azienda.

2. Il termine per l'opposizione agli atti delle aziende sanitarie decorre dalla data di pubblicazione degli stessi sull'albo pretorio on line dell'azienda, salvo che la legge non disponga una specifica disciplina per la pubblicità a terzi.

temperanza degli adempimenti previsti negli articoli 10, 11 e 12, comporta la decadenza del legale rappresentante dell'azienda.

## Art. 14

## Riparto del Fondo sanitario regionale

(identico)

## Art. 15

## Pubblicità degli atti

1. Le aziende sanitarie pubblicano gli atti, sia le deliberazioni del direttore generale che le determinazioni dirigenziali, sull'albo pretorio on line dell'azienda, immediatamente e comunque non oltre tre giorni.

2. Salvo che la legge non disponga una specifica disciplina per la pubblicità a terzi, il termine per l'opposizione agli atti delle aziende sanitarie decorre dalla data di pubblicazione degli stessi sull'albo pretorio on line dell'azienda.

## Art. 16

Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria

1. Alla fine della lettera d) del comma 2 dell'articolo 23 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), sono aggiunte le parole: "Qualora, entro il termine di trenta giorni dalla richiesta dell'Assessorato competente, non pervenga l'elenco dei cinque rappresentanti, la conferenza è validamente costituita e funzionante con i componenti di cui alle lettere a), b) e c). Rimane impregiudicata la possibilità che la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria sia successivamente integrata a seguito della comunicazione all'Assessorato competente dei cinque rappresentanti eletti dal Consiglio delle autonomie locali con voto limitato."

## Art. 17

Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci del Servizio sanitario regionale

1. È recepito il titolo II (Principi contabili generali e applicativi per il settore sanitario) del 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). Il titolo II è applicato in via sperimentale per due anni, decorrenti dalla pubblicazione della presente norma, anche in relazione ai successivi sviluppi nazionali. La Giunta regionale procede, previo parere delle Commissioni consiliari competenti in materia di bilancio e di sanità, all'eventuale adeguamento o dettaglio attuativo. Gli eventuali interventi della Giunta regionale prevedono livelli di analiticità superiori rispetto a quelli disposti dalla normativa in esame e disposizioni volte a migliorare l'attuazione dei principi ivi previsti.

## Art. 16

Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria

(identico)

## Art. 17

Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci del Servizio sanitario regionale

(soppresso)

## Art. 18

## Norma finale

1. Gli articoli 10, 11, 12 e 13 sono efficaci fino all'adozione del Piano regionale dei servizi sanitari di cui all'articolo 12 della legge regionale n. 10 del 2006.

2. Ai procedimenti previsti agli articoli 10, 11, 12 e 13 non si applicano le norme della legge regionale n. 10 del 2006.

3. Gli atti aziendali delle ASL, dell'Azienda ospedaliera Brotzu e delle aziende ospedaliero-universitarie sono elaborati conformemente alla presente normativa a seguito di apposita direttiva dell'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale in applicazione della legge regionale n. 10 del 2006, e gli stessi si applicano fino all'approvazione dei nuovi atti aziendali elaborati ai sensi dell'articolo 12, comma 2, della legge regionale n. 3 del 2009.

## Art. 18

## Norma finale

(identico)

## Art. 18 bis

## Entrata in vigore

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