

**REPUBBLICA ITALIANA**

**BOLLETTINO UFFICIALE  
DELLA**



**Regione Umbria**

**PARTI PRIMA e SECONDA**

**PERUGIA - 15 novembre 2012**

*Si pubblica di regola  
il mercoledì  
con esclusione dei giorni festivi*

**DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - PERUGIA**

*Avvertenze:* Ai sensi della L.R. 20-12-2000, n. 39, il Bollettino Ufficiale della Regione Umbria si pubblica in Perugia ed è suddiviso in cinque parti: nella PRIMA parte sono pubblicati le leggi e i regolamenti della Regione, nonché gli atti contenenti indirizzi con carattere di generalità rivolti ad amministrazioni pubbliche o a categorie di soggetti, i decreti del Presidente della Giunta - integralmente o in sunto -, nonché le disposizioni, gli atti e i comunicati emanati dagli organi regionali; nella SECONDA parte sono pubblicati le leggi e i decreti dello Stato che interessano la Regione nonché gli atti di promovimento dei giudizi dinanzi alla Corte Costituzionale ed i dispositivi di sentenze e ordinanze della Corte che riguardino leggi della Regione; (le parti I-II sono pubblicate in un unico fascicolo); nella TERZA parte sono pubblicati gli annunci e gli avvisi prescritti dalle leggi e dai regolamenti della Regione e quelli liberamente richiesti dagli interessati, nonché gli avvisi di gara degli appalti di cui alla legge 11-2-1994, n. 109 e successive modifiche ed integrazioni, ed alla L.R. 20-5-1986, n. 19 e successive modifiche ed integrazioni; QUARTA parte sospesa pubblicazione; nella QUINTA parte sono pubblicati gli oggetti delle proposte di atti legislativi, regolamentari ed amministrativi di indirizzo e programmazione, nonché il testo degli atti per i quali è richiesta la partecipazione (L.R. 21-3-1997, n. 7).

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO SONO RIPORTATI IN ULTIMA PAGINA

**A PARTIRE DAL 1° GENNAIO 2013, IL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE UMBRIA SARÀ REDATTO ESCLUSIVAMENTE IN FORMATO DIGITALE FIRMATO.**

Come previsto dalla legge regionale n. 9 del 26 giugno 2012 (pubblicata nel B.U.R. n. 28 del 29 giugno 2012) al 31 dicembre 2012 cesserà la pubblicazione del formato cartaceo; non sarà più disponibile né in vendita né sono previste forme d'abbonamento. Tutte le pubblicazioni saranno disponibili nel solo formato elettro-nico, **gratuitamente**, nel sito istituzionale della Regione.

PARTE PRIMA

Sezione I

**LEGGI REGIONALI**

**LEGGE REGIONALE 12 novembre 2012, n. 18.**

**Ordinamento del servizio sanitario regionale.**

## PARTE PRIMA

Sezione I**LEGGI REGIONALI**

LEGGE REGIONALE 12 novembre 2012, n. 18.

**Ordinamento del servizio sanitario regionale**

Il Consiglio regionale ha approvato.

LA PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

la seguente legge:

**TITOLO I**  
**DISPOSIZIONI GENERALI**

**Art. 1**

(Oggetto, finalità e principi)

1. La presente legge disciplina l'ordinamento del Servizio sanitario regionale costituito dal complesso di funzioni, attività e strutture che, in coerenza con quanto previsto dall'articolo 32 della Costituzione e con i principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra servizio sanitario nazionale ed università a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419) ed in attuazione dell'articolo 13 dello Statuto regionale, è volto a garantire la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e della comunità.

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

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

a) i modelli organizzativi che, favorendo la costituzione e lo sviluppo di reti interstrutturali e interaziendali anche con altre istituzioni, contribuiscono allo sviluppo dei livelli di salute mediante il coordinamento e l'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;

b) l'adozione di percorsi assistenziali integrati come metodologia di lavoro corrente per la gestione delle patologie prevalenti, a garanzia della continuità della presa in carico del bisogno di cura individuale, dalla

fase di acuzie e sub-acuzie a quella riabilitativa e di gestione della cronicità.

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

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

**Art. 2**

(Assetto istituzionale)

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

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

3. Alla determinazione ed al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono l'Università degli Studi di Perugia e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche di cui alla legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5 (Norme per la organizzazione e la gestione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), nonché gli enti sanitari e assistenziali pubblici e organismi privati accreditati operanti nel territorio regionale.

**Art. 3**

(Competenze della Regione)

1. Spettano alla Regione le funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, monitoraggio e controllo, verifica e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla normativa statale.

2. La Giunta regionale, con propri atti, definisce modalità e criteri per regolare la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.

3. La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, adotta direttive vincolanti per le aziende sanitarie regionali, informandone contestualmente il Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale, anche attraverso il sistema integrato in rete delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, fornisce alle aziende sanitarie regionali supporti tecnico-scientifici sotto forma di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale finalizzate anche al perseguimento della appropriatezza.

5. La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione, ai controlli interni ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.

6. La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante l'osservatorio epidemiologico regionale di cui all'articolo 56.

7. La Giunta regionale verifica annualmente lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle aziende sanitarie regionali di cui all'articolo 37 anche in base alla relazione di cui all'articolo 40 trasmessa dai direttori generali.

8. La Giunta regionale, a completamento di ogni ciclo di programmazione sanitaria regionale, predispone la relazione di cui all'articolo 39, comma 1, finalizzata alla valutazione del Servizio sanitario regionale.

9. Il Consiglio regionale approva il Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36.

#### Art. 4

##### (Competenze del comune)

1. Il comune partecipa alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario regionale concorrendo alla programmazione sanitaria regionale.

2. Il comune in particolare tutela i cittadini nel loro diritto alla promozione ed alla difesa della salute e svolge le funzioni relative alla tutela dell'ambiente di vita avvalendosi dei servizi dei dipartimenti di prevenzione di cui all'articolo 31 e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente di cui alla legge regionale 6 marzo 1998, n. 9 (Norme sulla istituzione e disciplina dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.)).

3. Il comune può, altresì, presentare alle unità sanitarie locali osservazioni e proposte per la salvaguardia dei diritti e della dignità dei propri cittadini, nonché per il miglioramento delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e contribuisce al perseguimento di obiettivi di integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari.

4. Il comune, previa verifica di compatibilità con la programmazione regionale da parte della Giunta regionale, può concordare con l'azienda unità sanitaria locale particolari forme di assistenza sanitaria che integrino i livelli stabiliti dalla Regione, purché i relativi costi siano sostenuti interamente dal comune stesso.

#### Art. 5

##### (Principi generali per la gestione dei servizi sanitari da parte delle aziende sanitarie regionali)

1. Le aziende sanitarie regionali pianificano le atti-

vità ed i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.

2. Le aziende sanitarie regionali devono garantire il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo attraverso l'integrazione degli operatori, con l'obiettivo di dare una risposta appropriata sia in termini di qualità che di compatibilità con le risorse disponibili.

3. La Giunta regionale definisce, con proprio atto, un sistema di indicatori per verificare gli standard organizzativi, l'appropriatezza, la qualità ed i risultati conseguiti dal percorso assistenziale.

4. La Giunta regionale con regolamento disciplina l'organizzazione e il funzionamento del nucleo tecnico per il controllo di gestione ed il controllo di qualità al fine di monitorare la spesa e valutare i servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

5. Le aziende sanitarie regionali definiscono gli *standard* di responsabilità sociale, intesi come gli impegni che l'azienda sanitaria stessa intende garantire nella propria organizzazione dei servizi e delle attività, in relazione agli aspetti organizzativi, strutturali e comportamentali con l'obiettivo dell'umanizzazione delle cure e del perseguimento dei valori sottesi.

6. Le aziende sanitarie regionali sviluppano un processo di valutazione circa la conformità dell'insieme delle proprie strutture ed attività agli *standard* di responsabilità sociale definiti al comma 5. In tale processo valutativo deve essere garantita la partecipazione attiva degli operatori e dei responsabili aziendali unitamente a quella degli utenti e delle loro associazioni di rappresentanza. Al termine del processo di valutazione l'azienda definisce un piano di miglioramento aziendale rispetto alle criticità rilevate che va assunto quale elemento strategico della propria pianificazione generale.

#### Art. 6

##### (Istituzione delle unità sanitarie locali)

1. In ciascuno degli ambiti territoriali individuati nella tabella Allegato A), che forma parte integrante e sostanziale della presente legge, è istituita una unità sanitaria locale.

2. La sede legale delle aziende unità sanitarie locali è stabilita dalla Giunta regionale con proprio atto, acquisito il parere della competente Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, entro trenta giorni dal ricevimento, da parte della Conferenza stessa, della proposta della Giunta regionale. In caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.

3. Le unità sanitarie locali di cui al comma 1 sono costituite in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica ed imprenditoriale.

4. L'organizzazione e il funzionamento delle unità sanitarie locali sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 10.

#### Art. 7

##### (Organizzazione delle unità sanitarie locali)

1. Le aziende unità sanitarie locali, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza attenendosi ai seguenti criteri:

a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, al fine della efficienza operativa;

b) articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36, sulla base dei livelli essenziali di assistenza, attraverso la definizione di percorsi assistenziali integrati;

c) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni della presente legge e della programmazione regionale;

d) istituzione, in attuazione della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), del Servizio infermieristico, tecnico-sanitario, riabilitativo, ostetrico e della prevenzione (SITRO) come struttura di staff della direzione aziendale dotato di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato anche su base dipartimentale per la promozione, l'attuazione e lo sviluppo di modelli di organizzazione ed innovazione dei processi assistenziali;

e) decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto delle professionalità del Servizio sanitario regionale ai processi organizzativi e operativi;

f) coordinamento tra attività sanitarie ed attività sociali;

g) coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi territoriali distrettuali, sia domiciliari che semiresidenziali e riabilitativi;

h) garanzia della presa in carico del cittadino-utente al momento dell'accesso ai servizi con procedure semplificate;

i) pieno coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta nella programmazione del percorso assistenziale e nella sua attivazione e monitoraggio.

2. Ciascuna unità sanitaria locale esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 10.

#### Art. 8

##### (Aziende ospedaliere)

1. Gli ospedali costituiti in azienda ospedaliera hanno personalità giuridica pubblica e godono di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale, tecnica e imprenditoriale.

2. Sono aziende ospedaliere del Servizio sanitario regionale di rilievo nazionale di alta specialità: l'Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia e l'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.

3. Le aziende ospedaliere, nell'ambito della programmazione sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e l'attività di competenza, attenendosi ai seguenti criteri:

a) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, al fine dell'efficienza operativa;

b) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni della presente legge e della programmazione regionale;

c) istituzione, in attuazione della l. 251/2000, del Servizio infermieristico, tecnico sanitario, riabilitativo, ostetrico (SITRO), come struttura di staff della direzione aziendale dotata di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato anche su base dipartimentale, per la promozione, l'attuazione e lo sviluppo di modelli di organizzazione ed innovazione dei processi assistenziali;

d) decentramento decisionale verso i dipartimenti e le strutture al fine di favorire la più ampia partecipazione e l'apporto delle professionalità del Servizio sanitario regionale ai processi organizzativi e operativi.

4. Ciascuna azienda ospedaliera esercita la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 10.

#### Art. 9

##### (Aziende ospedaliero-universitarie)

1. In attuazione del d.lgs. 517/1999 possono essere costituite le aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) dello stesso decreto legislativo.

2. Le modalità di costituzione della Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e della Azienda ospedaliero-universitaria di Terni sono disciplinate dal comma 3.

3. La costituzione, l'attivazione, l'organizzazione e il funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie di cui al comma 2 sono disciplinate dal protocollo d'intesa previsto dal d.lgs. 517/1999 e dall'articolo 11, comma 2 della presente legge; in particolare, le aziende ospedaliero-universitarie sono costituite in seguito alla sottoscrizione dei protocolli attuativi, stipulati rispettivamente dai direttori generali o soggetti ad essi equiparati delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 8 e dal Rettore dell'Università degli Studi di Perugia.

4. I protocolli attuativi di cui al comma 3 disciplinano in particolare l'atto aziendale ed il regolamento di organizzazione e funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie di cui al comma 2 nonché la ripartizione paritetica dei risultati economici della gestione, come risultante da bilancio consuntivo annuale.

5. Le aziende ospedaliero-universitarie di cui al comma 2 sono dotate di personalità giuridica pubblica e sono formalmente costituite con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, che prende atto della avvenuta sottoscrizione dei protocolli attuativi di cui al comma 3. La formale costituzione decorre dal giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del decreto del Presidente della Giunta regionale.

6. La concreta attivazione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni avviene con la costituzione degli organi, al termine dell'espletamento delle relative procedure.

7. A far data dalla costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia, con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, è soppressa l'Azienda Ospedaliera di Perugia Santa Maria della Misericordia. A far data dalla costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni, con decreto del Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giun-



ta regionale, è soppressa l'Azienda ospedaliera S. Maria di Terni.

#### Art. 10

##### (Atto aziendale)

1. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono disciplinate dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis del d.lgs. 502/1992. L'atto aziendale contiene, in particolare:

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

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

c) le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti e delle strutture secondo quanto previsto all'articolo 26, comma 5;

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

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

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

g) il numero degli incarichi e delle strutture, nonché le modalità ed i criteri per l'attribuzione degli stessi e la verifica di risultato, secondo quanto previsto all'articolo 15-ter del d.lgs. 502/1992;

h) la previsione dell'adozione di un Codice etico cui devono uniformarsi sia il personale dell'azienda che le associazioni che intendono svolgere le loro attività nelle strutture organizzative aziendali.

2. L'atto aziendale e le sue modifiche ed integrazioni sono adottati dal Direttore generale sulla base degli indirizzi della programmazione regionale ed in conformità con i principi ed i criteri di cui alla presente legge, sentito il Collegio di direzione di cui all'articolo 21 e acquisito il parere del Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 24.

3. L'atto aziendale, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 47, è trasmesso alla Giunta regionale.

4. A seguito dell'adozione dell'atto aziendale i direttori generali provvedono ad adeguare allo stesso i contenuti del regolamento aziendale, previsto all'articolo 15, comma 2, lettera f).

#### Art. 11

##### (Università)

1. Il rapporto tra le università e la Regione è regolato, in particolare, da protocolli di intesa ai sensi della normativa vigente.

2. La Giunta regionale stipula protocolli d'intesa con l'Università degli Studi di Perugia per la partecipazione della stessa al processo di programmazione sanitaria e, in particolare, per la regolamentazione dell'apporto universitario delle attività di didattica e ricerca alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.

3. I protocolli d'intesa vincolano l'atto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie ed i conseguenti accordi attuativi aziendali, definendo, nel rispetto del d.lgs. 517/1999, in particolare:

a) per le attività assistenziali, i criteri per la costituzione delle strutture organizzative;

b) in relazione alle attività didattiche, i criteri per definire gli apporti reciproci rispetto ai fabbisogni formativi del Servizio sanitario regionale, per l'individuazione delle scuole e dei corsi di formazione nonché per la ripartizione degli oneri;

c) le tipologie di ricerche da assegnare ai dipartimenti assistenziali integrati ed i criteri di ripartizione dei relativi oneri e di utilizzo dei risultati conseguiti;

d) i livelli di partecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione.

4. Per la predisposizione dei protocolli di intesa tra Regione e Università degli Studi di Perugia è costituita, su designazione degli enti stessi, un'apposita commissione paritetica con funzione di supporto tecnico. La commissione è disciplinata e nominata dalla Giunta regionale con proprio atto. I componenti della stessa non percepiscono alcun compenso.

#### Art. 12

##### (Funzioni del Consiglio delle autonomie locali nell'ordinamento sanitario regionale)

1. Le competenze e le funzioni della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, di seguito Conferenza permanente, già istituita con legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 (Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419», d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) sono attribuite al Consiglio delle autonomie locali (CAL) di cui alla legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20 (Disciplina del Consiglio delle Autonomie Locali).

2. La composizione del CAL è integrata, qualora non presenti tra i componenti del Consiglio medesimo, dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci delle aziende unità sanitarie locali regionali.

3. Il CAL, come eventualmente integrato ai sensi del comma 2, esprime pareri nei confronti della Giunta regionale:

a) sul progetto di Piano sanitario regionale, di cui all'articolo 36, sui disegni di legge e sulle proposte di regolamento in materia sanitaria;

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

c) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi di cui all'articolo 37.

4. Sono attribuite al CAL, limitatamente alle aziende ospedaliere e alle aziende ospedaliere universitarie le funzioni di cui all'articolo 13, comma 6, lettere a), b), c) ed e).

## Art. 13

(Conferenza dei sindaci)

1. In ciascuna delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 6 è costituita la Conferenza dei sindaci, organo di rappresentanza dei comuni per l'espressione delle esigenze sanitarie del territorio di competenza.

2. La Conferenza dei sindaci svolge le sue funzioni tramite il Consiglio di rappresentanza composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Nel Consiglio di rappresentanza sono comunque presenti i sindaci dei due comuni con maggior numero di abitanti.

3. La Conferenza dei sindaci approva, entro sessanta giorni dall'insediamento, il regolamento per il proprio funzionamento recante anche la disciplina per la nomina del presidente e del Consiglio di rappresentanza di cui al comma 2. Il regolamento stabilisce i criteri di rappresentanza in relazione alla rispettiva consistenza demografica.

4. La Conferenza dei sindaci, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, contribuisce a delineare le linee di indirizzo e di attività delle unità sanitarie locali nonché a definire la programmazione e le modalità di integrazione della risposta ai bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

5. La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra le unità sanitarie locali e gli enti locali, anche attraverso la partecipazione dei cittadini, in forma singola o associati, ai processi di formazione degli atti regionali di programmazione in materia di assistenza sanitaria e alla verifica dell'efficacia ed efficienza degli interventi realizzati.

6. La Conferenza dei sindaci esercita le seguenti funzioni:

a) formula, nell'ambito della programmazione regionale, indirizzi per l'impostazione programmatica del Piano attuativo di cui all'articolo 37 e delle attività delle unità sanitarie locali;

b) esprime parere sul piano attuativo della unità sanitaria locale definito ai sensi dell'articolo 37;

c) esprime, entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta, parere sui progetti relativi al documento di programmazione, al bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico dell'unità sanitaria locale di riferimento ai sensi dell'articolo 6 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51 (Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni, di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali);

d) esercita l'intesa prevista all'articolo 27, comma 3, sulla definizione dell'articolazione del territorio afferente all'unità sanitaria locale, in distretti sanitari;

e) verifica l'andamento generale dell'attività dell'unità sanitaria locale ed esprime il parere alla Giunta regionale, sull'efficacia, efficienza e funzionalità dei servizi sanitari e socio-sanitari al fine della valutazione annuale dei direttori generali da parte della stessa Giunta;

f) esprime parere sul progetto di Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36;

g) esprime alla Giunta regionale parere sulla proposta in ordine alla localizzazione della sede legale dell'unità sanitaria locale;

h) esercita l'intesa con il Direttore generale della unità sanitaria locale per la nomina del coordinatore dei servizi sociali di cui all'articolo 25.

## TITOLO II

ORGANI E ORGANISMI  
TECNICO CONSULTIVI  
DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

## CAPO I

## ORGANI

## Art. 14

(Organi delle aziende sanitarie regionali)

1. Sono organi delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio di direzione;
- c) il Collegio sindacale.

2. È altresì organo delle aziende ospedaliero-universitarie l'Organo di indirizzo istituito quale organo unico delle aziende ospedaliere-universitarie costituite nella Regione.

## Art. 15

(Direttore generale: poteri e competenze)

1. Il Direttore generale ha la rappresentanza dell'azienda sanitaria regionale ed è responsabile della sua gestione. Il Direttore generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'organizzazione da esso diretta, attribuisce, tramite l'atto aziendale di cui all'articolo 10, i poteri di gestione ad esso riconosciuti dalle vigenti disposizioni ai diversi livelli gestionali. Il Direttore generale con le proprie scelte di organizzazione assicura un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali e mantiene presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione, di gestione strategica e di decisione generale.

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

a) la nomina del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario di cui all'articolo 25;

b) la nomina, ove ricorrano le condizioni previste dall'articolo 3, comma 3, del d.lgs. 502/1992, del coordinatore dei servizi sociali di cui all'articolo 25;

c) la nomina di figure dirigenziali altamente qualificate e con funzioni coadiuvanti in relazione ad obiettivi specificamente individuati e la conseguente stipula di contratti di diritto privato;

d) la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario, delle figure dirigenziali di cui alla lettera c) e del coordinatore dei servizi sociali; la decadenza del coordinatore dei servizi sociali è disposta d'intesa con la conferenza dei sindaci;

e) la nomina dei componenti del collegio sindacale;

f) l'adozione del regolamento di organizzazione dell'azienda sanitaria regionale, sentito il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario e il Coordinatore dei servizi sociali ove nominato, nonché per le aziende ospedaliero-universitarie d'intesa con il Rettore dell'Università;

g) il documento di programmazione di cui all'articolo 3 della l.r. 51/1995;

h) gli atti di bilancio;

i) la predisposizione dei piani attuativi di cui all'articolo 37.

3. Al Direttore generale compete la verifica dei rendimenti e dei risultati aziendali, nonché la valutazione dell'efficacia e dell'economicità dell'azione amministrativa, in applicazione dei principi generali enunciati all'articolo 5.

4. Il Direttore generale promuove con azioni positive pari opportunità fra i sessi nell'organizzazione aziendale. Il rapporto sulla situazione del personale previsto dall'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246), è redatto almeno ogni due anni e trasmesso, ai soggetti individuati al comma 2 dello stesso articolo 46 del d.lgs. 198/2006 ed al Presidente della Giunta regionale.

5. Il Direttore generale convoca, almeno una volta all'anno, apposita conferenza dei servizi ai sensi dell'articolo 14 del d.lgs. 502/1992 per verificare l'andamento degli stessi e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni.

#### Art. 16

(Direttore generale: nomina e rapporto di lavoro)

1. Il Direttore generale delle aziende sanitarie regionali è nominato dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, in possesso dei requisiti previsti all'articolo 3-bis, comma 3 del d.lgs. 502/1992, iscritti nell'elenco di cui all'articolo 17.

2. Il rapporto di lavoro del Direttore generale è esclusivo.

3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il Direttore generale, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. La durata degli incarichi di direzione generale è di norma la stessa per tutte le aziende sanitarie regionali. Il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V, Titolo III del codice civile, secondo uno schema tipo adottato dalla Giunta regionale con proprio atto.

4. Il rilievo di eventuali incompatibilità è contestato, in qualunque momento, dalla Giunta regionale al Direttore generale il quale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia alla Giunta stessa; decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il Direttore generale è dichiarato decaduto.

5. Prima della scadenza del contratto, la Giunta regionale con atto motivato contenente la valutazione positiva dell'operato del Direttore generale può procedere alla conferma dell'incarico con la stipula di un nuovo contratto nel rispetto di quanto previsto al comma 6, ovvero prorogare per un periodo non superiore a sessanta giorni il contratto in scadenza.

6. Le funzioni di Direttore generale non possono essere esercitate per un periodo superiore ai dieci anni.

7. La Giunta regionale può modificare, per motivate esigenze organizzative e gestionali, la sede di assegnazione degli incarichi già conferiti a direttori generali di

aziende sanitarie regionali. La mobilità interaziendale non comporta ulteriori variazioni al contratto originario, fatta salva la sede di assegnazione riportata nell'atto di accettazione. La mancata accettazione della variazione di sede comporta la risoluzione del contratto.

8. Il Direttore generale, entro diciotto mesi dalla data della nomina, ha l'obbligo di produrre l'attestato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione sanitaria di cui all'articolo 3-bis del d.lgs. 502/1992, pena la decadenza automatica dall'incarico.

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

#### Art. 17

(Elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende sanitarie regionali)

1. L'elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende sanitarie regionali già istituito dalla Giunta regionale ai sensi della legge regionale 20 luglio 2011, n. 6 (Disciplina per l'attribuzione degli incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15), la cui istituzione è conformata dalla presente legge, è aggiornato ogni due anni ed è pubblicato nel sito internet istituzionale e nel Bollettino ufficiale della Regione.

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

3. La Giunta regionale ai fini della selezione dei candidati per l'inserimento nell'elenco degli idonei si avvale di una commissione costituita in prevalenza da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti dalla Regione medesima. Ai componenti della commissione non spetta alcun compenso.

4. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati all'elenco di cui al comma 1.

#### Art. 18

(Valutazione dell'attività del Direttore generale)

1. La Giunta regionale, con proprio atto, disciplina le modalità e i criteri per la valutazione annuale dell'attività del Direttore generale in riferimento alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza, in termini di efficacia e di efficienza, dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati nel Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36, nel Documento regionale annuale di programmazione (D.A.P.) e negli altri atti di indirizzo emanati dalla Regione.

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



valutazione, prevedendo comunque la presenza di componenti esterni esperti di valutazione dei sistemi sanitari. Ai componenti dell'organismo di valutazione non spetta alcun compenso.

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

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

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

4. La Giunta regionale ai fini della valutazione dell'attività del Direttore generale acquisisce la relazione di cui all'articolo 40.

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

#### Art. 19

(Decadenza e revoca del Direttore generale)

1. La Giunta regionale può dichiarare la decadenza e la revoca del Direttore generale. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione del contratto dello stesso.

2. Costituiscono causa di decadenza e revoca del Direttore generale oltre a quanto previsto agli articoli 3 e 3-bis del d.lgs. 502/1992:

a) l'insorgenza di un grave disavanzo d'esercizio tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'azienda sanitaria regionale;

b) il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Regione;

c) la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale, allorché gli stessi prevedano espressamente tale sanzione in caso di inadempienza;

d) l'esito negativo della valutazione di cui all'articolo 18;

e) la mancata rimozione delle incompatibilità di cui all'articolo 16, comma 4;

f) la grave violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione o altri gravi motivi anche su segnalazione della Commissione consiliare competente in materia di sanità.

3. La Giunta regionale in caso di decadenza, di revoca del Direttore generale o di vacanza dell'ufficio, in via temporanea fino alla data di stipula del contratto del nuovo Direttore, e comunque per non oltre sei mesi dalla vacanza dell'ufficio, attribuisce le funzioni al Direttore amministrativo o al Direttore sanitario di cui all'articolo 25, ovvero procede alla nomina di un commissario straordinario in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente per la nomina a direttore generale.

#### Art. 20

(Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria: ulteriori disposizioni)

1. La nomina e le procedure di verifica dei risultati, nonché la conferma, la decadenza e la revoca del Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria sono disciplinate conformemente a quanto previsto dal d.lgs. 517/1999 e sono regolate dal protocollo

di intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Perugia di cui all'articolo 11.

2. Per quanto disposto al comma 1, al Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 17, commi 1 e 2 che disciplinano le modalità di nomina del Direttore generale e all'articolo 18, commi 1, 4 e 5 riguardanti la valutazione delle attività del Direttore generale.

#### Art. 21

(Collegio di direzione)

1. Presso ogni azienda sanitaria regionale è istituito il Collegio di direzione. Il Collegio di direzione, in particolare:

a) concorre al governo delle attività cliniche;

b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione;

c) indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

2. Il Collegio di direzione concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

3. Nelle aziende ospedaliero universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica.

4. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante, la composizione e il funzionamento del Collegio di direzione, in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo di cui all'articolo 25, dei Direttori di dipartimento di cui all'articolo 26 e dei Direttori di presidio di cui all'articolo 30 tenendo conto delle peculiarità delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie.

5. La composizione del Collegio di direzione nelle aziende unità sanitarie locali è integrata con la partecipazione dei Direttori dei distretti di cui all'articolo 28 afferenti alle stesse.

6. Le modalità di funzionamento, la convocazione periodica, nonché le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli organi dell'azienda sanitaria regionale sono disciplinate nell'atto aziendale di cui all'articolo 10.

7. Ai componenti del Collegio di direzione non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

#### Art. 22

(Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale è istituito presso ogni azienda sanitaria regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto dall'articolo 3-ter del d.lgs. 502/1992.

2. Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria regionale, dura in carica tre anni ed è composto da tre membri di cui due designati dalla Regione ed uno dallo Stato.

3. Presso le aziende ospedaliero universitarie, di cui all'articolo 9 è istituito il Collegio sindacale con le attri-



buzioni di cui all'articolo 4, comma 3 del d.lgs. 517/1999. Il Collegio sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, uno designato dall'Università degli Studi di Perugia ed uno designato dallo Stato.

4. Fermo restando quanto previsto dalla l.r. 11/1995, per i casi di incompatibilità di ineleggibilità e di decadenza dei componenti il Collegio sindacale si applicano le norme contenute negli articoli 2399 e 2404 del codice civile.

#### Art. 23

(Organo di indirizzo  
delle aziende ospedaliero-universitarie)

1. L'organo di indirizzo di cui all'articolo 14, comma 2, è unico, per le due aziende ospedaliero-universitarie costituite ai sensi dell'articolo 9.

2. L'organo di indirizzo è composto da cinque membri, nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, così individuati:

a) un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia;

b) il responsabile della struttura universitaria di coordinamento;

c) un membro designato dal Rettore in rappresentanza dell'Università degli Studi di Perugia;

d) due membri designati dalla Giunta regionale.

3. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra persone di notoria e riconosciuta indipendenza, esperte in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari; durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati una sola volta. Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti delle aziende né i componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Non possono essere, altresì indicati quali membri dell'organo d'indirizzo coloro che già godono del trattamento di quiescenza.

4. L'organo di indirizzo determina, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee di indirizzo dell'attività delle aziende ospedaliero-universitarie al fine di determinare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale delle aziende ospedaliero-universitarie con la programmazione didattica e scientifica dell'università e ne verifica la corretta attuazione d'intesa con le direzioni generali delle aziende ospedaliero-universitarie.

5. L'organo di indirizzo verifica il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca e vigila sul perseguimento degli stessi in coerenza ed integrazione con le attività assistenziali e di cura delle aziende ospedaliero universitarie di cui all'articolo 9.

6. L'organo di indirizzo esprime parere:

a) sugli atti di programmazione aziendale in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;

b) sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di dipartimenti interaziendali, essenziali allo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca. I predetti pareri si intendono favorevoli se non espressi entro trenta giorni dalla richiesta.

7. L'organo di indirizzo verifica la corretta attuazione, da parte delle aziende ospedaliero universitarie, della programmazione regionale e del protocollo d'intesa, riferendo trimestralmente alla Giunta regionale e all'Università degli Studi di Perugia.

8. L'organo di indirizzo si dota di un regolamento interno ed è assistito da una segreteria.

9. L'organo di indirizzo si riunisce di norma una volta al mese. Il Presidente convoca l'organo di indirizzo, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno.

10. Possono partecipare alle sedute dell'organo d'indirizzo, senza diritto di voto, il Presidente della Giunta regionale ed il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia o loro delegati per singole sedute o specifici argomenti all'ordine del giorno. I direttori generali delle aziende ospedaliero-universitarie, partecipano ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.

11. Ai componenti dell'organo di indirizzo non spetta alcun compenso.

#### CAPO II

#### ORGANISMI TECNICO-CONSULTIVI PRESSO LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

#### Art. 24

(Consiglio dei sanitari)

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle aziende unità sanitarie locali con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario di cui all'articolo 25.

2. Il Consiglio dei sanitari esprime parere:

a) sull'atto aziendale di cui all'articolo 10, sui piani attuativi aziendali di cui all'articolo 37 e sui programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie locali;

b) sulle materie individuate dall'atto aziendale di cui all'articolo 10.

3. Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato ad esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del Direttore generale di cui all'articolo 15 o del Direttore sanitario di cui all'articolo 25.

4. I pareri di cui al comma 2, lettere a) e b) sono obbligatori.

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

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

7. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante e nel rispetto di quanto stabilito dall'articolo 3, comma 12 del d.lgs. 502/1992, la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei sanitari.

8. Ai componenti del Consiglio dei sanitari non spetta alcun compenso.

#### TITOLO III

#### DIRETTORE AMMINISTRATIVO, DIRETTORE SANITARIO E COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIALI

#### Art. 25

(Direttore amministrativo, Direttore sanitario e Coordinatore dei servizi sociali)

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario coadiuvano il Direttore generale di cui all'articolo

lo 15 nell'esercizio delle sue funzioni; i requisiti e le funzioni loro attribuite sono disciplinate dagli articoli 3 e 3-bis del d.lgs. 502/1992. Non possono essere nominati coloro che godono già del trattamento di quiescenza.

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

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

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

5. Il Direttore amministrativo, ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 9 del d.lgs. 502/1992, ha l'obbligo di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), pena la decadenza automatica dall'incarico. Il Direttore sanitario, ai sensi dell'articolo 1 del d.p.r. 484/1997, ha l'obbligo di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 dello stesso d.p.r., pena la decadenza automatica dall'incarico.

6. Per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie e sociali di competenza ed ove ricorrano le condizioni previste dall'articolo 3, comma 3 del d.lgs. 502/1992, il Direttore generale nomina il Coordinatore dei servizi sociali. L'incarico di Coordinatore dei servizi sociali è attribuito a soggetti in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento e che abbiano svolto una qualificata attività di direzione in ambito sociale, socio-sanitario o sanitario e che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno d'età.

#### TITOLO IV

##### ARTICOLAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

###### Art. 26

(Dipartimento)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie regionali.

2. Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complemen-

tari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.

3. Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale di cui all'articolo 15, ai sensi dell'articolo 17-bis del d.lgs. 502/1992.

4. Per l'azienda ospedaliero-universitaria la nomina del Direttore di dipartimento è effettuata dal Direttore generale dell'azienda medesima d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia ai sensi del d.lgs. 517/1999.

5. Le strutture operative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali integrate, tempestive ed efficaci sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico-legale.

6. I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari di cui all'articolo 27, per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.

7. L'organizzazione dei dipartimenti è caratterizzata da:

a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del Direttore di dipartimento connessa con il loro utilizzo;

b) attribuzione al Direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;

c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;

d) appartenenza delle strutture operative ad un unico dipartimento.

8. La Giunta regionale approva direttive vincolanti per fissare i requisiti minimi, i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti.

9. La Giunta regionale può istituire su propria iniziativa Dipartimenti interaziendali, regolandone il funzionamento sulla base del presente articolo.

###### Art. 27

(Distretto)

1. Il distretto è l'articolazione territoriale ed organizzativa della unità sanitaria locale per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della unità sanitaria locale e degli enti locali.

2. Il distretto ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione dell'unità sanitaria locale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Il distretto si articola in centri di salute che rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema primario delle cure.

3. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito dal Direttore generale dell'azienda unità sanitaria loca-

le, d'intesa con la conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13, in armonia con quanto previsto dalla normativa nazionale e nel rispetto dell'articolo 3, comma 2 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali). Ciascun distretto, di norma, comprende una popolazione residente non inferiore a cinquantamila abitanti, salvo deroga disposta con provvedimento del Direttore generale, d'intesa con la conferenza dei sindaci ed approvata dalla Giunta regionale.

4. La Giunta regionale adotta, con proprio atto, linee di indirizzo per la massima integrazione dei servizi sanitari erogati dal distretto e il loro coordinamento e integrazione con gli interventi sociali e promuove l'istituzione di case della salute in cui i diversi servizi trovano una sede comune e un luogo di coordinamento funzionale.

#### 5. Il distretto:

a) gestisce e coordina i servizi ubicati nel territorio di competenza, destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, assicura l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai comuni;

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

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

d) favorisce e promuove soluzioni organizzative finalizzate al potenziamento delle cure primarie, anche mediante la valorizzazione delle forme di aggregazioni funzionali e territoriali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale, che assicurano la presa in carico della persona e la continuità assistenziale.

#### 6. Il distretto assicura, inoltre:

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

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

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

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

e) le attività di riabilitazione territoriale;

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

g) le attività ed i servizi rivolti a disabili e anziani;

h) le attività ed i servizi di assistenza domiciliare integrata;

i) l'attività e i servizi per le patologie da HIV;

l) le attività ed i servizi di cure palliative per le patologie in fase terminale;

m) le attività e servizi di cure intermedie.

7. Nel distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del dipartimento di salute men-

tale, del dipartimento dipendenze e del dipartimento di prevenzione, con riferimento ai servizi alla persona.

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

#### Art. 28

(Direttore di distretto)

1. L'incarico di Direttore di distretto è attribuito dal Direttore generale di cui all'articolo 15 a un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione.

2. Il rapporto di lavoro del Direttore di distretto è esclusivo. L'atto aziendale di cui all'articolo 10 definisce le caratteristiche dell'incarico, la durata e i motivi di revoca.

3. Il Direttore di distretto realizza le indicazioni della direzione aziendale, gestisce le risorse assegnate al distretto, in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture e ai servizi, l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il Direttore del distretto, propone il programma delle attività territoriali di cui all'articolo 38, supporta la direzione generale nei rapporti con il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 29.

4. Il Direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto dai responsabili dei servizi distrettuali, dai Direttori dei dipartimenti territoriali e da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi stessi. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

5. Il Direttore di distretto si avvale inoltre di un responsabile per le attività amministrative, di un responsabile del servizio infermieristico e di un responsabile del servizio sociale distrettuale.

6. Il Direttore di distretto convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi, aperta ai cittadini ed alle loro associazioni, per verificare l'andamento degli interventi attuati e per proporre azioni di miglioramento tese al raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla programmazione distrettuale.

#### Art. 29

(Comitato dei sindaci di distretto)

1. A livello distrettuale è istituito il Comitato dei sindaci di distretto composto da tutti i sindaci dei comuni facenti parte del distretto.

2. Il Comitato dei sindaci di distretto concorre al processo di programmazione e verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal PAT di cui all'articolo 38, anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei soggetti impegnati in ambito socio-sanitario.

#### Art. 30

(Presidi ospedalieri)

1. Gli ospedali non costituiti in aziende ospedaliere, dislocati in una unica unità sanitaria locale, sono accorpatisi in un unico presidio.



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

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

4. Al presidio ospedaliero sono preposti un dirigente medico ed un dirigente amministrativo come previsto all'articolo 4, comma 9 del d.lgs. 502/1992, tra i quali il Direttore generale dell'azienda della unità sanitaria locale individua il Direttore del presidio ospedaliero responsabile della gestione complessiva.

5. Sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale le unità sanitarie locali procedono alla riorganizzazione dei presidi ospedalieri secondo una logica di rete e di integrazione con le attività territoriali di distretto. La definizione della suddetta rete dei presidi ospedalieri e dei distretti deve garantire il percorso assistenziale dell'utente preso in carico.

#### Art. 31

##### (Dipartimento di prevenzione)

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

2. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del piano attuativo di cui all'articolo 37 ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

3. Il dipartimento di prevenzione è costituito dalle seguenti macroaree intese come aree di aggregazione funzionale dei servizi afferenti a ciascuna di esse quali:

- a) macroarea di sanità pubblica;
- b) macroarea della prevenzione nei luoghi di lavoro;
- c) macroarea della sanità pubblica veterinaria;
- d) macroarea della sicurezza alimentare.

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

5. Costituiscono obiettivi dell'area professionale della prevenzione di cui al comma 4:

a) lo sviluppo di autonomia professionale e organizzativa, con piena assunzione di responsabilità rispetto al raggiungimento degli obiettivi negoziati in seno alla programmazione di budget con i responsabili delle quattro macroaree;

b) il potenziamento dell'integrazione operativa nella attuazione degli obiettivi condivisi;

c) la responsabilizzazione nella fase di valutazione degli esiti dei processi di prevenzione attivati nel corso dell'anno.

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

a) recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati;

b) favorire l'azione di governo nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgono la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute, attraverso una evoluzione del mandato dei servizi che vi confluiscono.

7. Alla macroarea sanità pubblica afferiscono i seguenti servizi:

- a) il Servizio igiene e sanità pubblica;
- b) il Servizio epidemiologia;
- c) il Centro screening.

8. Alla macroarea della prevenzione nei luoghi di lavoro, afferisce il Servizio di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.

9. Alla macroarea sanità pubblica veterinaria afferiscono i seguenti servizi:

- a) il Servizio veterinario di sanità animale;
- b) il Servizio veterinario di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

10. Alla macroarea sicurezza alimentare afferiscono i seguenti servizi:

- a) il Servizio di igiene degli alimenti di origine animale;
- b) il Servizio di igiene degli alimenti e della nutrizione.

11. La Giunta regionale con direttive vincolanti individua le procedure tecniche ed amministrative per l'accredimento dei servizi del Dipartimento di prevenzione da parte di un ente certificatore riconosciuto in ambito comunitario.

12. Ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106 (Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'art. 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183), la Regione Umbria, d'intesa con la Regione Marche, provvede a definire le modalità di raccordo funzionale tra i Dipartimenti di prevenzione e l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Umbria e delle Marche.

13. Il raccordo funzionale tra i Dipartimenti di prevenzione e l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente dell'Umbria è disciplinato dall'articolo 4 della l.r. 9/1998.

#### Art. 32

##### (Direttore del dipartimento di prevenzione)

1. Il Direttore del dipartimento di prevenzione è nominato dal Direttore generale di cui all'articolo 15 tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate ai sensi dell'articolo 7-quater del d.lgs. 502/1992.

2. Spettano al Direttore del dipartimento di prevenzione le seguenti funzioni:

a) stabilire con la direzione aziendale, nell'ambito della programmazione di budget, le risorse necessarie alla realizzazione degli obiettivi di salute da raggiungere e/o consolidare, con particolare attenzione allo sviluppo di processi integrati;

b) garantire la corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, anche attraverso i piani di attività integrati, negoziati con i coordinatori delle quattro macroaree di cui all'articolo 33;

c) rappresentare il dipartimento nei rapporti con la direzione aziendale;



d) promuovere l'attuazione di percorsi di qualità, sia in seno ai singoli servizi che nelle macroaree anche attraverso lo sviluppo e il mantenimento di adeguati percorsi formativi;

e) assicurare il monitoraggio delle attività negoziate anche attraverso la manutenzione costante dei sistemi informativi attivi su scala regionale;

f) garantire l'integrazione del dipartimento con le altre macrostrutture aziendali nonché con i portatori d'interesse, anche attraverso la lettura per la direzione aziendale del contesto epidemiologico;

g) valutare dal punto di vista quantitativo e qualitativo l'attività delle macroaree.

#### Art. 33

(Coordinamento delle macroaree del dipartimento di prevenzione)

1. Per ciascuna delle quattro macroaree il Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, sentito il Direttore del dipartimento di cui all'articolo 32, nomina un coordinatore scelto tra i dirigenti dei servizi che afferiscono alle stesse.

2. Al coordinatore spettano i seguenti compiti:

a) la definizione di piani di attività integrati in occasione della predisposizione della proposta di budget per il dipartimento di prevenzione;

b) la negoziazione dei piani di cui alla lettera a) con l'area professionale della prevenzione;

c) la valutazione dei risultati dei processi integrati al fine di garantire una programmazione inserita in un percorso virtuoso di qualità.

### TITOLO V

#### PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

##### CAPO I

#### PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E PARTECIPAZIONE

#### Art. 34

(Partecipazione alla programmazione)

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

2. La Giunta regionale promuove forme di partecipazione e consultazione al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale, anche mediante il tavolo di concertazione e partnership istituzionale e sociale di cui all'articolo 5 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13 (Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria), con i cittadini e le loro organizzazioni, con le organizzazioni sindacali, con gli organismi di volontariato, di promozione sociale, di cooperazione sociale e con gli altri soggetti del Terzo settore.

3. Le aziende sanitarie regionali assicurano la partecipazione dei soggetti di cui al comma 2 al processo di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria in ambito locale.

#### Art. 35

(Livelli e strumenti di pianificazione e programmazione)

1. La pianificazione e la programmazione sanitaria della Regione assicurano, in coerenza con i principi di cui al d.lgs. 502/1992, lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello regionale:

a) il Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36 ed i relativi strumenti di attuazione;

b) il Piano regionale della prevenzione.

3. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale il documento regionale annuale di programmazione di cui all'articolo 14 della l.r. 13/2000 e le disposizioni collegate alla manovra di bilancio regionale.

4. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello locale i piani attuativi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 37.

5. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:

a) i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;

b) il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'articolo 3-quater, comma 3 del d.lgs. 502/1992 e dall'articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, di cui all'articolo 38;

c) il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della l.r. 51/1995.

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

a) la relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 39;

b) la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 40.

#### Art. 36

(Piano sanitario regionale)

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

2. Il Piano sanitario regionale definisce i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio regionale e contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi di cui all'articolo 37.

3. Il Piano sanitario regionale assicura il raccordo con il Piano sociale regionale di cui all'articolo 8 della l.r. 26/2009, nonché l'integrazione con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all'articolo 11 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni).

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

5. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è adottato dalla Giunta regionale ai fini dell'acquisizione dei pareri di cui ai commi 6 e 7 e degli adempimenti di concertazione sociale e istituzionale di cui al comma 8.

6. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è inviato, per l'acquisizione dei relativi pareri, al CAL di cui all'articolo 12, alle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 13 e all'Università degli Studi di Perugia. Qualora tali pareri non vengano resi entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta, gli stessi si intendono espressi in senso favorevole.

7. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale, corredato del parere espresso dall'Università degli Studi di Perugia ovvero dell'attestazione della mancata espressione del parere nei termini indicati, viene trasmesso al Ministero della Salute per acquisire il parere relativo alla coerenza dello stesso con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell'articolo 1, comma 14 del d.lgs. 502/1992.

8. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è sottoposto dalla Giunta regionale all'esame del tavolo di concertazione e partenariato istituzionale e sociale di cui all'articolo 5 della l.r. 13/2000.

9. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dal ricevimento dell'ultimo dei pareri di cui al presente articolo, adotta la proposta di Piano sanitario regionale da trasmettere al Consiglio regionale corredata dei pareri stessi, unitamente alla documentazione acquisita in sede di concertazione.

10. Il Consiglio regionale approva il Piano sanitario regionale. L'aggiornamento del Piano sanitario regionale, avviene, di norma, con il Documento annuale di programmazione regionale e con le disposizioni collegate alla manovra di bilancio regionale.

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

#### Art. 37

##### (Piano attuativo)

1. Il Piano attuativo è lo strumento di pianificazione mediante il quale le aziende sanitarie regionali regolano le proprie attività, in attuazione delle linee di indirizzo della programmazione regionale.

2. Il Piano attuativo definisce, in rapporto agli obiettivi determinati ed ai livelli uniformi ed essenziali di assistenza, la programmazione delle attività da svolgere e individua le modalità operative ed organizzative per il perseguimento degli obiettivi stessi.

3. Il Direttore generale di cui all'articolo 15 elabora il progetto di Piano attuativo con il supporto del Collegio di direzione di cui all'articolo 21, sulla base delle disposizioni della programmazione regionale sanitaria e, limitatamente alle aziende unità sanitarie locali, anche sulla base della programmazione regionale socio-sanitaria.

4. Il progetto di Piano attuativo di cui al comma 3 tiene conto anche delle proposte delle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 13, del CAL di cui all'articolo 12 nonché dei soggetti di cui all'articolo 34, comma 2.

5. Il progetto di Piano attuativo viene trasmesso al

Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 24 per l'acquisizione del relativo parere.

6. Il progetto di Piano attuativo viene adottato dal Direttore generale di cui all'articolo 15 e trasmesso alla Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 13 per le aziende unità sanitarie locali e al CAL di cui all'articolo 12 per le aziende ospedaliere, al fine dell'acquisizione dei relativi pareri.

7. Il Direttore generale rielabora il Piano attuativo, sulla base dei pareri acquisiti, e lo trasmette alla Giunta regionale, unitamente agli stessi. La Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 47, entro quaranta giorni verifica la conformità del Piano attuativo alla programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria. In caso di mancata conformità, la Giunta regionale rinvia la proposta di Piano attuativo al Direttore generale il quale è tenuto a predisporre una nuova proposta che tenga conto dei rilievi espressi.

8. Il Piano attuativo è efficace con l'approvazione della Giunta regionale.

9. Il Piano attuativo ha la durata del Piano sanitario regionale di cui all'articolo 36 ed è aggiornato annualmente.

10. Gli aggiornamenti del Piano attuativo si realizzano attraverso i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, mediante i progetti operativi e, limitatamente alle aziende unità sanitarie locali, mediante il programma delle attività territoriali di cui all'articolo 38. Nell'ambito di tali programmi sono definiti gli *standard* quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica di cui all'articolo 5, comma 5 e le risorse necessarie che tengono conto delle metodiche di *budget*.

#### Art. 38

##### (Programma delle attività territoriali)

1. Il programma delle attività territoriali, di seguito denominato PAT, i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del d.lgs. 502/1992, è lo strumento programmatico del distretto in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.

2. Il PAT è basato sulla intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e contiene:

a) la localizzazione dei servizi e delle strutture afferenti al distretto;

b) la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni.

3. Il PAT si inserisce nel sistema programmatico socio-sanitario e si coordina con quanto previsto dal Piano sociale di Zona di cui alla l.r. 26/2009 relativamente agli interventi sociali. Costituisce parte integrante del PAT il Programma operativo del Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all'articolo 12 della l.r. 9/2008.

4. Il PAT, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 29, è proposto dal Direttore del distretto di cui all'articolo 28, e approvato dal Direttore generale di cui all'articolo 15 d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale e locale.

5. Il PAT è aggiornato con cadenza annuale sulla base del processo di valutazione di cui all'articolo 5, comma 6 in raccordo con il *budget* di distretto.

## Art. 39

(Relazioni sanitarie)

1. Per il miglioramento della qualità del Servizio sanitario regionale, e al fine di definire le strategie dei successivi Piani sanitari regionali, la Giunta regionale predispone, al completamento di ogni ciclo di pianificazione sanitaria regionale, la relazione sanitaria sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano sanitario regionale, sulla base di un apposito sistema di indicatori individuati dalla Giunta stessa.

2. La relazione di cui al comma 1 è trasmessa alla Conferenza dei sindaci per il parere di cui all'articolo 13, comma 6, lettera e) per le aziende unità sanitarie locali e al CAL per le aziende ospedaliere ai sensi dell'articolo 12, comma 4.

3. La relazione di cui al comma 1, unitamente ai pareri di cui al comma 2, è trasmessa al Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale trasmette annualmente al Ministero della Salute, ai sensi dell'articolo 1, comma 4 del d.lgs. 502/1992, una relazione sullo stato di attuazione della programmazione regionale, sui risultati di gestione raggiunti in merito agli obiettivi di salute e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

## Art. 40

(Relazione sanitaria aziendale annuale)

1. La relazione sanitaria aziendale è il documento che attesta i risultati raggiunti annualmente dai direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere in attuazione del piano attuativo di cui all'articolo 37, in considerazione degli obiettivi e degli indicatori di valutazione, previamente definiti dalla Giunta regionale.

2. La relazione sanitaria aziendale è predisposta dai direttori con il supporto del Collegio di direzione di cui all'articolo 21, previa acquisizione del parere del Consiglio dei sanitari. La relazione viene trasmessa alla Giunta regionale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. La Giunta regionale sulla base della relazione di cui al comma 1 verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati al Direttore e acquisisce, per le aziende unità sanitarie locali, il parere di cui all'articolo 13, comma 6, lettera e) e, per le aziende ospedaliere, nonché per le aziende ospedaliere-universitarie, il parere di cui dell'articolo 12, comma 4.

4. La Giunta regionale sulla base della relazione aziendale, predispone con cadenza annuale una relazione di monitoraggio e valutazione sull'attività dei direttori generali e sullo stato di attuazione della programmazione regionale. La relazione viene trasmessa al Consiglio regionale unitamente ai pareri di cui al comma 3.

## Art. 41

(Servizi gestiti in forma associata e aggregata)

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

2. I direttori generali delle aziende sanitarie regionali definiscono programmi pluriennali per l'acquisizio-

ne, in forma centralizzata di beni e servizi e dispongono, i piani di acquisto annuali di beni e servizi occorrenti per il funzionamento delle aziende sanitarie regionali in funzione degli obiettivi fissati nel programma pluriennale.

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

4. La Giunta regionale emana indirizzi riguardo alla predisposizione di piani aziendali integrati per migliorare l'efficienza energetica delle strutture sanitarie.

## Art. 42

(Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

1. Le aziende sanitarie regionali adottano strumenti idonei per l'informazione, per la partecipazione, per la comunicazione e per la trasparenza finalizzati alla conoscibilità degli obiettivi, delle attività e dei servizi erogati dalle stesse. A tal fine, le aziende sanitarie regionali garantiscono uno spazio adeguato all'informazione e all'acquisizione delle valutazioni da parte dei destinatari delle prestazioni, assicurando il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini e dei malati.

2. I rapporti con le associazioni dei consumatori e utenti e le organizzazioni non lucrative di utilità sociale, le cui attività concorrano con le finalità del servizio sanitario regionale, possono essere disciplinati da apposite convenzioni e protocolli di intesa, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti, al fine di porre in atto azioni in grado di aumentare il livello di coinvolgimento e di partecipazione, nella prospettiva dell'*empowerment* del cittadino.

3. Ciascuna azienda sanitaria regionale adotta la carta dei servizi e ne assicura adeguata pubblicità mediante pubblicazione sul sito *web* istituzionale, nonché in tutte le strutture in cui si svolgono le attività di servizio all'utenza.

4. Ciascuna azienda sanitaria regionale introduce forme di valutazione della qualità, dell'efficienza, dell'efficacia e dell'equità del sistema sanitario coinvolgendo direttamente i cittadini attraverso lo strumento degli *audit* civici.

## Art. 43

(Comitato Etico delle Aziende sanitarie dell'Umbria)

1. Il Comitato Etico delle Aziende sanitarie dell'Umbria (CEAS Umbria), già istituito dalla Giunta regionale, è un organismo indipendente che garantisce la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti che partecipano a protocolli di ricerca clinica e che fornisce pubblica garanzia di tale tutela.

2. Il CEAS Umbria si configura come struttura indipendente con assenza di subordinazione gerarchica nei confronti dei soggetti per i quali opera (Regione, Università degli Studi di Perugia, aziende sanitarie pubbliche e private) nel rispetto delle linee guida per la Buona Pratica Clinica.

3. Il CEAS Umbria svolge i compiti di cui alla normativa vigente ed esprime pareri relativamente a:

a) sperimentazioni di farmaci, dispositivi medici,



tecniche e metodiche invasive e non, studi osservazionali e/o non interventistici, usi terapeutici di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica, da attuare nelle strutture del servizio sanitario regionale;

b) aspetti etici riguardanti le attività scientifiche ed assistenziali svolte nelle strutture sanitarie regionali.

4. Il CEAS Umbria promuove iniziative di formazione di operatori sanitari in materia di sperimentazione clinica e di bioetica.

5. Il CEAS Umbria è nominato dalla Giunta regionale, ha sede in Perugia presso la Direzione regionale competente. Il CEAS Umbria si avvale di segreteria tecnico-scientifica qualificata ai sensi della normativa vigente.

#### Art. 44

(Obbligo di appropriatezza)

1. Nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 15-decies del d.lgs. 502/1992, i medici del Servizio sanitario regionale, quando prescrivono medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. I medici di cui al comma 1 che utilizzano il ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali rimborsabili dal Servizio medesimo devono osservare le disposizioni legislative vigenti in materia nonché le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco.

#### Art. 45

(Organico e ruoli nominativi)

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

2. La copertura dei posti vacanti in organico riferiti alle posizioni funzionali apicali è sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale. È, altresì, sottoposta alla preventiva autorizzazione della Giunta regionale, anche in relazione alla eventuale utilizzazione del personale in esubero la copertura dei posti riferiti a tutti i profili e posizioni funzionali del ruolo amministrativo.

#### Art. 46

(Disciplina degli incarichi)

1. In armonia con la normativa nazionale, al personale dipendente delle aziende sanitarie regionali in stato di quiescenza non possono essere conferiti incarichi di consulenza, collaborazione, studi e ricerca o incarichi professionali altrimenti qualificati, sia da parte del-

l'amministrazione con la quale ha avuto rapporti di lavoro o impiego, sia da parte delle altre amministrazioni del Servizio sanitario regionale.

#### Art. 47

(Controllo della Regione)

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

a) la valutazione della conformità e congruità, rispetto alle indicazioni del piano sanitario regionale di cui all'articolo 36, alle direttive vincolanti regionali e alle risorse assegnate, dei seguenti atti:

- 1) bilancio preventivo annuale e relative variazioni;
- 2) bilancio pluriennale di previsione;
- 3) bilancio di esercizio;
- 4) istituzione di nuovi servizi;
- 5) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;
- 6) dotazione organica complessiva del personale;
- 7) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi;
- 8) atto aziendale di cui all'articolo 10;
- 9) piano attuativo di cui all'articolo 37;

b) l'attività ispettiva, di vigilanza e di controllo ai sensi della legge 26 aprile 1982, n. 181 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982));

c) la nomina, previa diffida a provvedere entro il termine di trenta giorni, di commissari ad acta per i provvedimenti non adottati entro i termini stabiliti e le modalità prescritte per legge e per atti amministrativi di programmazione generale.

2. Sono soggetti, altresì, al controllo della Giunta regionale i provvedimenti di acquisizione, a qualsiasi titolo, da parte delle aziende sanitarie regionali di attrezzature sanitarie. La Giunta regionale, con proprio atto, emana linee guida per l'individuazione delle tipologie di attrezzature sanitarie soggette al controllo nonché degli ambiti della valutazione di congruità.

3. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali è di quaranta giorni dal ricevimento dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

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

5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1 al 31 agosto e dal 23 dicembre al 6 gennaio di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza.

6. Le modalità per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali sono disciplinate dal regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie).



7. Il controllo sulle deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, previsto dall'articolo 20 della l.r. 5/1997 è esercitato dalla Giunta regionale con le modalità di cui al presente articolo.

8. Gli atti ed i provvedimenti assunti dal Direttore generale per le aziende sanitarie regionali e dal Consiglio d'amministrazione per l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono pubblicati nel sito istituzionale dell'azienda sanitaria regionale o dell'Istituto stesso, secondo le modalità e i limiti previsti dall'ordinamento vigente in materia di pubblicità degli atti. Gli atti non soggetti a controllo sono esecutivi dal giorno della loro pubblicazione nel sito istituzionale, salvo diversa espressa disposizione. L'esecutività degli atti di cui al comma 1, lettera a), è subordinata all'esito positivo del controllo regionale ovvero alla mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 3.

## CAPO II

### AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTO

#### Art. 48

(Autorizzazioni sanitarie)

1. Le autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992 sono rilasciate alle strutture pubbliche e private della Regione nel rispetto del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) e del regolamento regionale 25 febbraio 2000, n. 2 (Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie).

2. La Giunta regionale stabilisce con norme regolamentari, nel rispetto dei requisiti minimi previsti dal d.p.r. 14 gennaio 1997, i requisiti aggiuntivi finalizzati a garantire la sicurezza delle strutture nelle quali vengono erogate le prestazioni.

3. Le strutture già autorizzate ed in esercizio ai sensi dell'articolo 8-ter del d.lgs. 502/1992 si adeguano ai requisiti aggiuntivi di cui al comma 2 nei tempi e con le modalità stabilite dalle norme regolamentari di cui allo stesso comma.

4. La verifica del possesso e del mantenimento dei suddetti requisiti viene effettuata dalla Giunta regionale che può avvalersi delle apposite strutture delle aziende unità sanitarie locali.

#### Art. 49

(Accreditamento istituzionale)

1. L'accREDITAMENTO istituzionale, di cui all'articolo 8-quater del d.lgs. 502/1992, è rilasciato dalla Giunta regionale alle strutture sanitarie e socio-sanitarie autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta e siano in possesso di requisiti ulteriori di qualificazione oltre a quelli previsti per l'autorizzazione.

2. L'accREDITAMENTO istituzionale di cui al comma 1 è rilasciato secondo quanto stabilito dal regolamento regionale 31 luglio 2002, n. 3 (Disciplina in materia di

accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) e dalle altre norme regionali di riferimento, nel rispetto dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

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

g) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

## TITOLO VI

### INDIRIZZI E CRITERI DI FINANZIAMENTO - SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

#### CAPO I

### DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO E FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

#### Art. 50

(Determinazione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale)

1. La Giunta regionale, in sede di elaborazione del D.A.P., procede alla stima del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale necessario ad assicurare, per il triennio successivo, i livelli uniformi ed essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, tenuto conto degli obiettivi di crescita programmati, dell'evoluzione della domanda di salute, dell'andamento dei costi dei fattori produttivi, del programma degli investimenti.

2. La Giunta regionale procede annualmente a:

a) ripartire le risorse disponibili da destinare al Servizio sanitario regionale;

b) emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie regionali e degli enti del Servizio sanitario regionale;

c) individuare, anche in corso di esercizio di bilancio, le misure da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

#### Art. 51

(Finanziamento del Servizio sanitario regionale)

1. La Regione indirizza la gestione economico-finanziaria del Servizio sanitario regionale verso l'obiettivo della massima efficienza ed efficacia, verificando la rispondenza dei risultati di gestione rispetto agli obiettivi programmatici, nell'ambito delle compatibilità economiche generali.

2. La Giunta regionale determina annualmente i costi *standard* e i fabbisogni *standard* del Servizio sanitario

regionale, tenendo conto, anche delle macroaree dei livelli essenziali di assistenza.

3. La Giunta regionale determina altresì le risorse che, al netto della quota direttamente gestita dalla Regione, sono destinate alle aziende sanitarie regionali e procede alla definizione del fabbisogno *standard* delle unità sanitarie locali sulla base del costo *standard* regionale e dei seguenti criteri:

a) popolazione residente nel proprio ambito territoriale, ponderata secondo parametri di natura epidemiologica e demografica e tenendo conto di carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle prestazioni;

b) quote per funzioni assistenziali da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.

4. Il finanziamento delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie a valere sulle risorse ordinarie destinate al fabbisogno *standard* regionale avviene mediante:

a) una quota per i servizi da garantire su mandato, sulla base degli obiettivi della programmazione regionale e per specifiche funzioni assistenziali;

b) una quota per esigenze di didattica e ricerca scientifica.

5. La Giunta regionale determina, per le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario regionale, il finanziamento destinato alle funzioni assistenziali di cui al comma 4, in base al costo *standard* di produzione del programma di assistenza e determina altresì la remunerazione delle altre attività assistenziali, in base a quanto previsto dall'articolo 52.

## CAPO II

### DISPOSIZIONI PER LA REMUNERAZIONE DEGLI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE

#### Art. 52

(Remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie)

1. La Regione assicura i livelli uniformi ed essenziali di assistenza avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, dalle aziende ospedaliere e dalle aziende ospedaliero-universitarie, nonché dai soggetti privati accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater del d.lgs. 502/1992, nel rispetto degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del d.lgs. n. 502/1992.

2. Le prestazioni erogate all'assistito nell'ambito dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sono finanziariamente a carico dell'azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino; l'erogatore privato o pubblico, diverso dall'azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha provveduto all'erogazione è remunerato nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario e dei criteri definiti dalla Regione con deliberazione della Giunta regionale.

3. La Giunta regionale in relazione all'attuazione della programmazione regionale e tenuto conto delle risorse disponibili, definisce annualmente i volumi programmati di attività corrispondenti al fabbisogno di prestazioni del Servizio sanitario regionale, articolati per tipologie assistenziali, determinando i criteri di remunerazione delle stesse prestazioni con indicazione del-

l'ammontare globale predefinito di finanziamento e le misure di abbattimento delle tariffe al superamento dei volumi programmati. Tali volumi programmati possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, essere previsti anche per le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie regionali definiscono annualmente mediante gli accordi di cui al comma 1 i volumi finanziari derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

4. La Giunta regionale con propri atti disciplina le modalità e le procedure per regolare il sistema dei rapporti tra gli erogatori di prestazioni sanitarie, anche in relazione alle disposizioni emanate a livello nazionale circa le modalità di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

#### Art. 53

(Addebito delle prestazioni ai terzi responsabili)

1. Quando le prestazioni sanitarie erogate siano determinate da fatto comportante presumibile responsabilità di terzi, le aziende sanitarie regionali esercitano il diritto di rivalersi dei costi delle prestazioni sanitarie rese nell'ambito del Servizio sanitario regionale sui terzi responsabili dei danni, applicando le tariffe vigenti, salvo quanto disposto dalla normativa statale in materia.

## CAPO III

### SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

#### Art. 54

(Sistema informativo sanitario regionale)

1. Il Sistema informativo sanitario regionale è unitario a livello regionale e comprende dati e informazioni prodotte dai sistemi informativi delle aziende sanitarie e dei soggetti erogatori pubblici e privati accreditati della regione.

2. Il Sistema informativo sanitario regionale:

a) acquisisce i dati e le informazioni per il monitoraggio, la valutazione e la programmazione regionale;

b) diffonde la telemedicina e l'integrazione delle tecnologie biomedicali;

c) fornisce i servizi al cittadino nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal regolamento regionale 12 maggio 2006, n. 4 (Trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti ed agenzie regionali e degli enti vigilati dalla Regione).

3. Per le finalità di cui al comma 2 il Sistema informativo sanitario regionale:

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

b) assicura l'interconnessione e l'interoperabilità dei sistemi informativi delle aziende sanitarie regionali, delle strutture accreditate, delle farmacie, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei professionisti convenzionati con il Sistema sanitario regionale;

c) consente l'integrazione delle informazioni relative alle attività svolte, ai servizi forniti e ai percorsi di cura garantiti ai cittadini.

## 4. La Giunta regionale con appositi atti:

a) definisce sulla base degli standard nazionali e internazionali, i requisiti minimi strutturali dei sistemi informativi delle aziende sanitarie regionali e degli enti e soggetti del Servizio sanitario regionale;

b) stabilisce i livelli di informatizzazione per la definizione dei percorsi clinici e organizzativi finalizzati alla continuità di cura e la rilevazione epidemiologica;

c) rileva con progetti specifici interaziendali e in riferimento al singolo cittadino, lo stato di salute e le prestazioni erogate, finalizzate alla realizzazione del fascicolo sanitario elettronico;

d) attiva sistemi di valutazione e controllo sui livelli di completezza e qualità dei sistemi informativi, sull'adesione agli *standard* e alle direttive nazionali e regionali.

## TITOLO VII

ANAGRAFE SANITARIA,  
OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO,  
REGISTRI DI PATOLOGIA E MORTALITÀ

## Art. 55

(Istituzione dell'Anagrafe sanitaria regionale)

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

2. L'Anagrafe di cui al comma 1 ha la finalità di:

a) gestire in maniera corretta il processo di erogazione delle prestazioni ai cittadini attraverso la condivisione dei dati individuali tra le aziende sanitarie regionali;

b) garantire la funzionalità di servizi avanzati;

c) assicurare un efficace controllo della spesa.

3. La Giunta regionale disciplina, con proprio regolamento, le modalità di raccolta e trattamento dei dati anagrafici e sanitari dei soggetti di cui al comma 1 nel rispetto e con le modalità stabilite dalle disposizioni vigenti, in modo da garantire la tutela della riservatezza dei dati personali.

## Art. 56

(Osservatorio epidemiologico regionale)

1. Nell'ambito della competente direzione della Giunta regionale è costituito l'Osservatorio epidemiologico regionale, di seguito denominato Osservatorio, con funzione di osservazione epidemiologica.

2. L'Osservatorio rappresenta una componente fondamentale per orientare l'azione di governo della Giunta regionale e l'attività di pianificazione delle aziende sanitarie regionali, sia nella scelta delle modalità assistenziali, che per effettuare una adeguata valutazione del soddisfacimento dei bisogni di salute emergenti nella popolazione.

3. L'Osservatorio epidemiologico regionale opera nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione di dati personali) ed ha il compito di:

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del Servizio sanitario regionale, di strumenti di osservazione

epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata finalizzata a produrre statistiche sanitarie omogenee;

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

c) elaborare i dati provenienti dalle aziende sanitarie regionali finalizzati a produrre statistiche sanitarie correnti;

d) fornire le informazioni alle direzioni generali delle aziende sanitarie regionali, finalizzate alla valutazione e al controllo di qualità delle prestazioni sanitarie;

e) acquisire informazioni di interesse epidemiologico da fonti internazionali, nazionali e regionali, finalizzate anche ad individuare i fattori responsabili della patogenesi delle malattie e le condizioni individuali e ambientali che predispongono all'insorgenza delle stesse;

f) programmare e attuare indagini volte ad approfondire la conoscenza dei fenomeni di interesse sanitario per il miglioramento degli interventi sanitari;

g) partecipare al Consiglio regionale, alla conferenza dei sindaci, alla struttura di valutazione di cui all'articolo 18 nonché ai cittadini ed alle loro associazioni i risultati delle informazioni raccolte.

4. L'Osservatorio, di cui al comma 1, attiva collaborazioni e collegamenti funzionali con i servizi epidemiologici delle aziende sanitarie regionali, dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente, con gli osservatori epidemiologici istituiti dalle altre regioni, con il laboratorio epidemiologico dell'Istituto superiore di sanità e con altri enti e istituzioni interessate.

## Art. 57

(Istituzione dei registri regionali di patologia e di mortalità)

1. In applicazione del d.lgs. 196/2003, ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g) sono istituiti a livello regionale i seguenti registri di patologia:

a) Registro tumori;

b) Registro mesoteliomi;

c) Registro dialisi e trapianto;

d) Registro trapianti d'organo;

e) Registro malattie rare;

f) Registro malformazioni congenite;

g) Registro screening oncologici;

h) Registro diagnosi anatomo-patologiche;

i) Registro sclerosi laterale amiotrofica (SLA);

l) Registro mortalità.

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

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



comma 1, i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

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

## TITOLO VIII

### INTERVENTO E TRASPORTO SANITARIO

#### Art. 58

(Gestione del trasporto sanitario)

1. Il trasporto sanitario costituisce attività di interesse generale improntata al rispetto dei principi di universalità, solidarietà, economicità ed appropriatezza.

2. Il trasporto sanitario a carico del servizio sanitario regionale è assicurato dalle Aziende sanitarie regionali, avvalendosi di personale e mezzi propri e, ove ciò non sia possibile, secondo le modalità indicate ai commi 4 e 5. Il servizio di trasporto sanitario regionale può essere effettuato anche tramite mezzi di elisoccorso.

3. Ai fini dell'applicazione dei commi 4 e 5, per trasporto sanitario e prevalentemente sanitario si intende:

a) i servizi di trasporto sanitario di emergenza urgenza gestiti dalla centrale operativa;

b) i servizi di trasporto e intervento previsti nei livelli essenziali di assistenza in itinere di personale sanitario o di altro personale adeguatamente formato ed in possesso di un attestato di idoneità rilasciato sulla base della frequenza di uno specifico corso di addestramento, con esame finale. La disciplina e l'organizzazione dei percorsi formativi obbligatori vengono definite in apposito atto di Giunta.

4. Il trasporto sanitario e prevalentemente sanitario è affidato a soggetti autorizzati ed accreditati secondo la disciplina prevista nel regolamento di cui al comma 6, con il seguente ordine di priorità:

a) con convenzioni stipulate con le associazioni di volontariato, con la Croce Rossa Italiana, con le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18 del d.lgs. 502/1992, nel rispetto dei principi di economicità, efficienza e non sovracompensazione delle spese effettivamente sostenute al fine di garantire l'espletamento del servizio di interesse generale. Le convenzioni sono rese pubbliche in conformità a quanto previsto dalla normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici. I soggetti con i quali si stipulano le convenzioni devono essere in regola con le norme sulla contrattazione collettiva nazionale;

b) con contratti a titolo oneroso stipulati nel rispetto della normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici di servizi.

5. Il trasporto non prevalentemente sanitario è affidato ai soggetti autorizzati e accreditati secondo la disciplina prevista nel regolamento di cui al comma 6, sulla base di procedure concorsuali in conformità alla normativa statale ed europea in materia di contratti pubblici di servizi.

6. La Giunta regionale fissa con regolamento i requisiti e gli adempimenti necessari per ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento all'esercizio del trasporto di cui ai commi 4 e 5, nel rispetto dei principi di

diritto europeo in materia di libertà di stabilimento e di libera circolazione dei servizi. Con norme regolamentari, sono altresì definiti i criteri per l'espletamento delle procedure di cui al comma 4, nel rispetto della normativa statale ed europea e, in particolare, dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e di rotazione.

## TITOLO IX

### DISPOSIZIONI FINALI, TRANSITORIE E DI ABROGAZIONE

#### Art. 59

(Soppressione Agenzia Umbria Sanità)

1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, l'Agenzia Umbria Sanità istituita con legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17 (Istituzione della Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità) è soppressa.

2. Gli organi dell'Agenzia Umbria Sanità in carica al 31 dicembre 2012 continuano ad esercitare le proprie funzioni fino all'adozione del bilancio di esercizio anno 2012 e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Dall'adozione del bilancio il Direttore e il Comitato di direzione decadono.

3. Il Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta regionale, con proprio decreto, nomina il Commissario liquidatore dell'Agenzia Umbria Sanità e ne definisce compiti, poteri, durata e compenso. Nel decreto di nomina sono altresì indicate le condizioni in ragione delle quali la Giunta regionale può revocare l'incarico.

4. Il Commissario liquidatore esercita le proprie funzioni dal giorno successivo alla decadenza degli organi di cui al comma 2.

5. Il Collegio dei revisori dei conti dell'Agenzia Umbria Sanità continua ad esercitare le proprie funzioni sino alla chiusura della liquidazione di cui al comma 7.

6. I procedimenti amministrativi in carico all'Agenzia Umbria Sanità, non conclusi alla data del 1° gennaio 2013, sono portati a compimento del singolo responsabile del procedimento e l'Azienda sanitaria regionale di appartenenza subentra all'Agenzia Umbria Sanità nei rapporti giuridici connessi al procedimento.

7. Il Commissario liquidatore compie tutti gli atti necessari alla liquidazione. Alla chiusura della liquidazione, il Commissario liquidatore presenta alla Giunta regionale il bilancio della gestione unitamente ad una propria relazione.

8. Le risultanze delle operazioni di liquidazione sono approvate dalla Giunta regionale. La Giunta regionale, con l'atto di approvazione del piano di liquidazione dispone anche in ordine alla successione nei rapporti attivi e passivi ed al patrimonio residuo, alle liti attive e passive pendenti, al prosieguo delle attività di liquidazione.

#### Art. 60

(Norme finali e transitorie)

1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, le aziende Unità sanitarie locali istituite ai sensi dell'articolo 6 subentrano in tutti i rapporti giuridici



attivi e passivi delle Aziende Unità sanitarie locali istituite ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale), ivi compresi quelli inerenti i rapporti di lavoro, assumendone i relativi diritti ed obblighi e proseguendo in tutti i rapporti, anche processuali, preesistenti.

2. Nelle more della costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni, i rapporti tra il servizio sanitario regionale e l'Università degli Studi di Perugia sono regolati da apposito atto convenzionale.

3. La Giunta regionale, con proprio atto, definisce i criteri e le modalità per il subentro di cui al comma 1, con particolare riguardo:

- a) alla gestione delle attività e passività pregresse e tutela dei rapporti contrattuali in essere;
- b) al patrimonio disponibile e indisponibile;
- c) alla gestione del personale;
- d) alla gestione delle attività contrattuali in essere;
- e) alla gestione transitoria dei servizi di tesoreria;
- f) alla contabilità economico-finanziaria e patrimoniale relativa agli anni precedenti.

4. Con atto della Giunta regionale, i beni patrimoniali immobili, ivi compresi quelli da reddito, nonché i beni mobili registrati, delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 8 della l.r. 3/1998, previa ricognizione dei medesimi, sono trasferiti al patrimonio della subentrante azienda unità sanitaria locale, istituita ai sensi dell'articolo 6. I provvedimenti regionali di trasferimento costituiscono titolo, ai sensi dell'articolo 5, comma 3 del d.lgs. 502/1992, per le conseguenti trascrizioni, registrazioni e volture e per tutti gli altri atti connessi al trasferimento con esenzione di ogni onere relativo a imposte e tasse.

5. L'incarico dei Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, nominati ai sensi dell'articolo 16, decorre dal 1 gennaio 2013.

6. I Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 6 e delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 8, entro centottanta giorni dalla data di decorrenza dell'incarico, adottano:

- a) il piano attuativo;
- b) il piano degli investimenti e dei finanziamenti;
- c) l'atto aziendale.

7. I Direttori generali, entro centottanta giorni dalla data di costituzione delle aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 6, redigono una situazione patrimoniale di apertura, con riferimento agli elementi dell'attivo e del passivo relativi alla nuova azienda, nonché apposito prospetto di riconciliazione tra le attività e passività recepite e la nuova situazione patrimoniale.

8. Fino alla costituzione del nuovo Collegio sindacale, le relative funzioni sono svolte dal Collegio sindacale dell'azienda Unità sanitaria locale che, tra quelle confluite nella nuova azienda, ha presentato, nell'anno precedente, la maggiore entità di risorse gestite desumibili dal totale del valore della produzione riportato nel bilancio dell'ultimo esercizio approvato.

9. I collegi sindacali delle aziende unità sanitarie locali istituite ai sensi dell'articolo 8 della l.r. 3/1998 svolgono le residue funzioni di competenza per l'espressione del parere sul bilancio di esercizio anno 2012.

10. In sede di prima applicazione la Giunta regionale trasmette al Consiglio regionale, entro 12 mesi dalla

data di entrata in vigore della presente legge, il piano sanitario regionale ai sensi dell'articolo 36, comma 9.

11. In sede di prima applicazione le due Conferenze dei Sindaci di cui all'articolo 13 esprimono alla Giunta regionale il parere di cui all'articolo 6, comma 2, in seduta plenaria, in deroga a quanto previsto dal comma 2 del medesimo articolo 13. Le Conferenze sono convocate dal Presidente della Giunta regionale o dall'Assessore competente e sono presiedute dal Sindaco del Comune con maggior numero di abitanti. Il parere è reso entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta. In caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.

12. La Giunta regionale approva il regolamento regionale di cui all'articolo 58, comma 6 entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

#### Art. 61

#### (Norma di abrogazione)

1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge sono e restano abrogate le seguenti leggi regionali:

a) la legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale);

b) la legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 (Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419», d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502);

c) la legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16 (Disposizioni in materia di dotazioni organiche e di reclutamento del personale delle Aziende sanitarie regionali);

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

e) la legge regionale 16 maggio 2007, n. 16 (Modificazioni ed integrazioni della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17 (Costituzione di una società per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica) e abrogazione della legge regionale 9 agosto 1995, n. 33 (Istituzione dell'Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario, denominata SEDES), così come modificata dall'art. 2 della legge regionale 10 febbraio 2006, n. 4);

f) la legge regionale 24 novembre 2009, n. 23 (Requisiti del direttore amministrativo di Azienda sanitaria regionale).

2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge sono e restano abrogate le seguenti disposizioni legislative:

a) l'articolo 15 della legge regionale 21 marzo 1975, n. 15 (Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione Umbria);

b) l'articolo 11 della legge regionale 10 luglio 1998, n. 23 (Tutela sanitaria delle attività sportive);

c) gli articoli 30 e 31 della legge regionale 30 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2011 in materia di entrate e di spese);

d) gli articoli 7, 8, 9, 10 e 11 della legge regionale 20 luglio 2011, n. 6 (Disciplina per l'attribuzione degli

incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15);

e) l'articolo 46 della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8 (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli enti locali territoriali).

#### Art. 62

(Sostituzione dell'articolo 5 della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20)

1. L'articolo 5 della legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20 (Disciplina del Consiglio delle Autonomie locali) è sostituito dal seguente:

#### "Art. 5

(Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale)

1. Al CAL sono attribuite, ai sensi della legge regionale in materia di ordinamento del Servizio sanitario regionale, le competenze e le funzioni della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, già istituita con legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 (Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419», d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).".

#### Art. 63

(Decorrenza dell'efficacia e delle abrogazioni delle disposizioni)

1. Al fine di assicurare continuità amministrativa tra l'attuale servizio sanitario regionale e quello che si realizza con l'entrata in vigore della presente legge, si opera una selezione dell'efficacia delle disposizioni in essa contenute.

2. Gli articoli 1, 2, 3, 6, 13, commi 1 e 6, lettera h), 14, 16, 17, 18, 19, 21, 22 e 60 commi 3 e 4 producono effetti dalla data di entrata in vigore della presente legge.

3. I restanti articoli della presente legge producono effetti dal 1 gennaio 2013.

4. Gli articoli di cui al comma 2 producono effetti limitatamente agli aspetti afferenti l'immediata attuazione della presente legge, in ordine alla nomina dei direttori generali e alla individuazione delle sedi legali delle aziende unità sanitarie locali.

5. Le abrogazioni disposte dall'articolo 61 producono effetti con decorrenza dal 1 gennaio 2013, salvo gli effetti abrogativi immediati derivanti dal contrasto con le disposizioni di cui al comma 2.

### TITOLO X

#### DISPOSIZIONI FINANZIARIE

#### Art. 64

(Norma finanziaria)

1. Agli oneri derivanti dalla presente legge si provvede con le risorse destinate annualmente nel bilancio regionale al finanziamento del Servizio sanitario regionale per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

2. Le risorse di cui al comma 1 vengono iscritte nel bilancio regionale di previsione in relazione ai provvedimenti statali di riparto delle risorse annualmente previste per il finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard* con indicazione della loro destinazione in apposita tabella allegata al bilancio.

La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 38, comma 1 dello Statuto regionale ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

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

Data a Perugia, 12 novembre 2012

MARINI

**Allegato A****Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali**Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1:

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

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2:

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



## LAVORI PREPARATORI

*Disegno di legge:*

— di iniziativa della Giunta regionale su proposta dell'assessore Tomassoni, deliberazione n. 927 del 30 luglio 2012, atto consiliare n. 968 (IX Legislatura);

— assegnato per il parere alle Commissioni consiliari permanenti I "Affari istituzionali e comunitari", per competenza in sede referente e III "Sanità e servizi sociali", per competenza in sede consultiva, in data 11 settembre 2012;

— testo licenziato dalla I Commissione consiliare permanente in data 30 ottobre 2012, con parere e relazioni illustrate oralmente dal consigliere Locchi per la maggioranza e dal consigliere Lignani Marchesani per la minoranza (Atto n. 968/BIS);

— esaminato ed approvato dal Consiglio regionale, con emendamenti, nella seduta del 6 novembre 2012, deliberazione n. 188.

AVVERTENZA – Il testo della legge viene pubblicato con l'aggiunta delle note redatte dalla Direzione regionale Risorsa Umbria. Federalismo, risorse finanziarie, umane e strumentali (Servizio Segreteria della Giunta regionale – Sezione Norme regionali, decreti, ordinanze, atti consiliari e rapporti con il Consiglio regionale), ai sensi dell'art. 8, commi 1, 3 e 4 della legge regionale 20 dicembre 2000, n. 39, al solo scopo di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

## NOTE

## Note all'art. 1, comma 1:

— La Costituzione della Repubblica italiana, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947 (pubblicata nella *G.U.* 27 dicembre 1947, n. 298, E.S.), è entrata in vigore il 1° gennaio 1948.

Il testo dell'art. 32 è il seguente:

«32.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.».

— Il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" (pubblicato nel S.O. alla *G.U.* 30 dicembre 1992, n. 305), è stato modificato ed integrato con: decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (in *G.U.* 15 dicembre 1993, n. 293), decreto legge 30 maggio 1994, n. 325 (in *G.U.* 1° giugno 1994, n. 126), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1994, n. 467 (in *G.U.* 28 luglio 1994, n. 175), decreto legge 27 agosto 1994, n. 512 (in *G.U.* 29 agosto 1994, n. 201), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590 (in *G.U.* 26 ottobre 1994, n. 251), legge 28 dicembre 1995, n. 549 (in S.O. alla *G.U.* 29 dicembre 1995, n. 302), decreto legge 18 novembre 1996, n. 583 (in *G.U.* 19 novembre 1996, n. 271), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 gennaio 1997, n. 4 (in *G.U.* 18 gennaio 1997, n. 14), decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446 (in S.O. alla *G.U.* 23 dicembre 1997, n. 298), legge 30 novembre 1998, n. 419 (in *G.U.* 7 dicembre 1998, n. 286), decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (in S.O. alla *G.U.* 16 luglio 1999, n. 165), decreto le-

gislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (in S.O. alla *G.U.* 12 gennaio 2000, n. 8), decreto legislativo 7 giugno 2000, n. 168 (in *G.U.* 22 giugno 2000, n. 144), decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (in S.O. alla *G.U.* 12 settembre 2000, n. 213), decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (in S.O. alla *G.U.* 28 settembre 2000, n. 227), decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 2001, n. 213 (in *G.U.* 8 giugno 2001, n. 131), legge 6 marzo 2001, n. 52 (in *G.U.* 15 marzo 2001, n. 62), decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (in *G.U.* 19 settembre 2001, n. 218), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405 (in *G.U.* 17 novembre 2001, n. 268), decreto legge 7 febbraio 2002, n. 8 (in *G.U.* 11 febbraio 2002, n. 35), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 4 aprile 2002, n. 56 (in *G.U.* 11 aprile 2002, n. 85), legge 27 dicembre 2002, n. 289 (in S.O. alla *G.U.* 31 dicembre 2002, n. 305), decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 (in *G.U.* 31 marzo 2004, n. 76), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138 (in *G.U.* 29 maggio 2004, n. 125), legge 1 febbraio 2006, n. 43 (in *G.U.* 17 febbraio 2006, n. 40), decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (in S.O. alla *G.U.* 2 maggio 2006, n. 100), decreto legge 18 maggio 2006, n. 181 (in *G.U.* 18 maggio 2006, n. 114), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2006, n. 233 (in *G.U.* 17 luglio 2006, n. 164), decreto legge 31 dicembre 2007, n. 248 (in *G.U.* 31 dicembre 2007, n. 302), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n. 31 (in S.O. alla *G.U.* 29 febbraio 2008, n. 51), decreto legge 25 giugno 2008, n. 112 (in S.O. alla *G.U.* 25 giugno 2008, n. 147), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 (in S.O. alla *G.U.* 21 agosto 2008, n. 195), decreto legislativo 3 ottobre 2009, n. 153 (in *G.U.* 4 novembre 2009, n. 257), decreto legislativo 15 marzo 2010, n. 66 (in S.O. alla *G.U.* 8 maggio 2010, n. 106), legge 4 novembre 2010, n. 183 (in S.O. alla *G.U.* 9 novembre 2010, n. 262), decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 (in S.O. alla *G.U.* 6 luglio 2012, n. 156), convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (in S.O. alla *G.U.* 14 agosto 2012, n. 189) e decreto legge 13 settembre 2012, n. 158 (in *G.U.* 13 settembre 2012, n. 214).

— Il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419", è pubblicato nel S.O. alla *G.U.* 12 gennaio 2000, n. 8.

— La legge regionale 16 aprile 2005, n. 21, recante "Nuovo Statuto della Regione Umbria" (pubblicata nel *B.U.R.* 18 aprile 2005, n. 17, E.S.), è stata modificata con legge regionale 4 gennaio 2010, n. 1 (in S.O. al *B.U.R.* 5 gennaio 2010, n. 1).

Il testo dell'art. 13 è il seguente:

«Art. 13

Diritto alla salute.

1. La Regione promuove la salute quale diritto universale e provvede ai compiti di prevenzione, cura e riabilitazione mediante il servizio sanitario regionale, assicurando il coinvolgimento degli utenti, dei cittadini, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale e garantendo la qualità delle prestazioni.

2. La Regione, nell'attuazione delle politiche sanitarie, ispira la propria azione al principio della centralità e della dignità della persona malata.

3. La Regione riconosce nell'attività fisica e sportiva un momento determinante per la salute e la formazione della persona. Tutela e valorizza la diffusione dello sport, favorendo la realizzazione di strutture adeguate.

4. La Regione adotta misure volte a garantire la salubrità dell'ambiente di vita e di lavoro, mediante la prevenzione e la progressiva eliminazione delle cause di inquinamento.

5. La Regione favorisce lo sviluppo di un sistema di sicurezza sociale anche al fine di garantire a tutti una migliore qualità della vita.».

## Nota all'art. 2, comma 3:

— La legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5, recante "Norme per la organizzazione e la gestione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche", è pubblicata nel *B.U.R.* 26 febbraio 1997, n. 10.

Nota all'art. 4, comma 2:

— La legge regionale 6 marzo 1998, n. 9, recante "Norme sulla istituzione e disciplina dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.)", è pubblicata nel *B.U.R.* 12 marzo 1998, n. 20.

Nota all'art. 7, comma 1, lett. d):

— La legge 10 agosto 2000, n. 251, recante "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", è pubblicata nella *G.U.* 6 settembre 2000, n. 208.

Nota all'art. 8, comma 3, lett. c):

— Per la legge 10 agosto 2000, n. 251, si veda la nota all'art. 7, comma 1, lett. d).

Note all'art. 9, commi 1 e 3:

— Si riporta il testo dell'art. 2, comma 2, lett. b) del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«2.

Aziende ospedaliero-universitarie.

*Omissis.*

2. Per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del presente decreto, le aziende ospedaliero-universitarie si articolano, in via sperimentale, in due tipologie organizzative:

*Omissis.*

b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.

*Omissis.».*

— Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, si vedano le note all'art. 1, comma 1.

Nota all'art. 10, comma 1, lett. f) e g):

— Si riporta il testo degli artt. 3, 15-bis, comma 1 e 15-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«3.

Organizzazione delle unità sanitarie locali.

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4.

1-bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1-ter. *Abrogato.*

1-quater. Sono organi dell'azienda il direttore generale e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-bis; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate.

1-quinquies. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono,

con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

2. *Abrogato.*

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.

4. *Abrogato.*

5. Le regioni disciplinano, entro il 31 marzo 1994, nell'ambito della propria competenza le modalità organizzative e di funzionamento delle unità sanitarie locali prevedendo tra l'altro:

a) *Abrogata;*

b) *Abrogata;*

c) *Abrogata;*

d) *Abrogata;*

e) *Abrogata;*

f) *Abrogata;*

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590, senza necessità di valutazioni comparative. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.

7. Il direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legi-

slativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

#### 8. *Abrogato.*

9. Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni.

#### 10. *Abrogato.*

11. Non possono essere nominati direttori generali, direttori amministrativi o direttori sanitari delle unità sanitarie locali:

a) coloro che hanno riportato condanna, anche non definitiva, a pena detentiva non inferiore ad un anno per delitto non colposo ovvero a pena detentiva non inferiore a sei mesi per delitto non colposo commesso nella qualità di pubblico ufficiale o con abuso dei poteri o violazione dei doveri inerenti ad una pubblica funzione, salvo quanto disposto dal secondo comma dell'articolo 166 del codice penale;

b) coloro che sono sottoposti a procedimento penale per delitto per il quale è previsto l'arresto obbligatorio in flagranza;

c) coloro che sono stati sottoposti, anche con provvedimento non definitivo ad una misura di prevenzione, salvi gli effetti della riabilitazione prevista dall'art. 15 della L. 3 agosto 1988, n. 327, e dall'art. 14, L. 19 marzo 1990, n. 55;

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole

ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio.

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale.

#### 15-bis.

##### Funzioni dei dirigenti responsabili di struttura.

1. L'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

*Omissis.*

#### 15-ter.

##### Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura.

1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti a tempo determinato compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture semplici stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico.

2. Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve.

3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di inosservanza



delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo.

4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

5. Il dirigente preposto a una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, comma primo, del codice civile.»

Nota all'art. 11, comma 3:

— Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, si vedano le note all'art. 1, comma 1.

Note all'art. 12, comma 1:

— La legge regionale 27 marzo 2000, n. 29, recante "Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419», d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", è pubblicata nel *B.U.R.* 7 aprile 2000, n. 21, E.S..

— La legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20, recante "Disciplina del Consiglio delle Autonomie locali", è pubblicata nel *B.U.R.* 24 dicembre 2008, n. 59.

Nota all'art. 13, comma 6, lett. c):

— Il testo dell'art. 6 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51, recante "Norme in materia di contabilità, di amministrazione dei beni, di attività contrattuale e di controllo delle Aziende sanitarie regionali" (pubblicata nel S.O. n. 1 al *B.U.R.* 27 dicembre 1995, n. 64), è il seguente:

#### «Art. 6

##### Approvazione dei documenti previsionali.

1. La Giunta regionale determina entro il 15 settembre di ogni anno, in relazione alle quote di fondo sanitario attribuite, le risorse assegnate alle singole Aziende sanitarie regionali, il tariffario regionale e gli eventuali finanziamenti su mandato.

2. Il direttore generale trasmette entro il 15 ottobre di ogni anno alla Conferenza dei Sindaci ed al Collegio dei revisori i progetti relativi al documento di programmazione, al bilancio pluriennale e i relativi aggiornamenti e al bilancio preventivo economico. La Conferenza dei sindaci e il Collegio dei revisori esprimono il parere di competenza entro 15 giorni.

3. Il documento di programmazione, il bilancio pluriennale di previsione e i rispettivi aggiornamenti, nonché il bilancio preventivo economico annuale sono approvati con provvedimento del direttore generale entro il 10 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento del bilancio preventivo economico annuale.

4. I documenti di cui al comma 3 sono soggetti ai controlli previsti dall'art. 24 della legge regionale 4 gennaio 1995, n. 1. A tale fine i documenti stessi sono trasmessi alla Giunta regionale entro 10 giorni dall'adozione. La Giunta assume le determinazioni di competenza entro i successivi 40 giorni dal ricevimento. Il direttore generale è tenuto a fornire eventuali chiarimenti entro 30 giorni dal ricevimento degli stessi e ad attenersi alle definitive determinazioni della Giunta regionale.

5. Il bilancio preventivo economico annuale è pubblicato

per estratto nel Bollettino Ufficiale della Regione a cura del direttore generale e secondo la normativa vigente in materia.»

Note all'art. 15, commi 2, lett. b) e g), 4 e 5:

— Per il testo dell'art. 3, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda la nota all'art. 10, comma 1, lett. f) e g).

— Il testo dell'art. 3 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51 (si veda la nota all'art. 13, comma 6, lett. c), è il seguente:

#### «Art. 3

##### Documento di programmazione.

1. Le finalità, gli indirizzi e gli obiettivi dell'attività delle Aziende sanitarie regionali sono contenuti in un documento di programmazione nel rispetto delle indicazioni previste nel piano sanitario nazionale, nel piano sanitario regionale e negli altri atti di programmazione e di indirizzo della Regione.

2. Il documento di programmazione è riferito allo stesso periodo di durata del piano sanitario regionale ed è soggetto ad aggiornamento annuale.

3. Ai fini di cui al comma 1 per le Unità sanitarie locali i Comuni competenti per territorio, per le Aziende ospedaliere i Comuni in cui sono ubicate, le Province nonché l'Università degli studi di Perugia possono presentare, entro il 15 settembre di ogni anno, indicazioni e proposte. Dell'eventuale mancato accoglimento è fornita adeguata motivazione.»

— Si riporta il testo dell'art. 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 98, recante "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246" (pubblicato nel S.O. n. 133 alla *G.U.* 31 maggio 2006, n. 125), come modificato dal decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 5 (in *G.U.* 5 febbraio 2010, n. 29):

#### «Art. 46.

##### Rapporto sulla situazione del personale (legge 10 aprile 1991, n. 125, articolo 9, commi 1, 2, 3 e 4)

1. Le aziende pubbliche e private che occupano oltre cento dipendenti sono tenute a redigere un rapporto almeno ogni due anni sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta.

2. Il rapporto di cui al comma 1 è trasmesso alle rappresentanze sindacali aziendali e alla consigliera e al consigliere regionale di parità, che elaborano i relativi risultati trasmettendoli alla consigliera o al consigliere nazionale di parità, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali e al Dipartimento delle pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

3. Il rapporto è redatto in conformità alle indicazioni definite nell'ambito delle specificazioni di cui al comma 1 dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con proprio decreto.

4. Qualora, nei termini prescritti, le aziende di cui al comma 1 non trasmettano il rapporto, la Direzione regionale del lavoro, previa segnalazione dei soggetti di cui al comma 2, invita le aziende stesse a provvedere entro sessanta giorni. In caso di inottemperanza si applicano le sanzioni di cui all'articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 19 marzo 1955, n. 520. Nei casi più gravi può essere disposta la sospensione per un anno dei benefici contributivi eventualmente goduti dall'azienda.»

— Si riporta il testo dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

#### «14.

##### Diritti dei cittadini.

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strut-

ture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale. Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.

3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.

6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta

del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993.

7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative.

8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.»

Note all'art. 16, commi 1, 8 e 9:

— Si riporta il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«3-bis.

Direttore generale, direttore amministrativo  
e direttore sanitario.

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.

2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.

3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata da parte di una commissione costituita in prevalenza da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti dalla regione medesima, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri. Gli elenchi sono periodicamente aggiornati. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché del requisito dell'età anagrafica non superiore a 65 anni, alla data della nomina. La regione assicura adeguate misure di pubblicità della procedura di conseguimento della medesima, delle nomine e dei curricula, nonché di trasparenza nella valutazione degli aspiranti. Resta ferma l'intesa con il Rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliere universitarie.

4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore pro-

grammate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Le regioni provvedono altresì alla individuazione di criteri e di sistemi di valutazione e verifica dell'attività dei direttori generali, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.

9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.

10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.

11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.

12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.

13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.

14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.

15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.»

— La legge regionale 21 marzo 1995, n. 11, recante "Disciplina delle nomine di competenza regionale e della proroga degli organi amministrativi", è pubblicata nel *B.U.R.* 29 marzo 1995, n. 16, E.S..

Note all'art. 17, commi 1 e 2:

— La legge regionale 20 luglio 2011, n. 6, recante "Disciplina per l'attribuzione degli incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15", è pubblicata nel *S.O.* n. 1 al *B.U.R.* 27 luglio 2011, n. 32.

— Per il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 16, commi 1, 8 e 9.

Note all'art. 19, comma 2:

— Per il testo dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda la nota all'art. 10, comma 1, lett. f) e g).

— Per il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 16, commi 1, 8 e 9.

Nota all'art. 20, comma 1:

— Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, si vedano le note all'art. 1, comma 1.

Note all'art. 22, commi 1, 3 e 4:

— Si riporta il testo dell'art. 3-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«3-ter.

Collegio sindacale.

1. Il collegio sindacale:



a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;

b) vigila sull'osservanza della legge;

c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;

d) riferisce almeno trimestralmente alla regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

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

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il ministero di Grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.».

— Si riporta il testo dell'art. 4, comma 3 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«4.

Organi delle aziende.

*Omissis.*

3. Al Collegio sindacale si applicano le disposizioni dell'articolo 3-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. Il Collegio è composto da cinque membri designati uno dalla regione, uno dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità, uno dal Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e uno dall'università interessata.

*Omissis.*».

— Per la legge regionale 21 marzo 1995, n. 11, si vedano le note all'art. 16, commi 1, 8 e 9.

— Si riporta il testo degli artt. 2399 e 2404 del codice civile, come modificati con decreti legislativi 17 gennaio 2003, n. 6 (in S.O. alla G.U. 4 luglio 2003, n. 153) e 27 gennaio 2010, n. 39 (in S.O. alla G.U. 23 marzo 2010, n. 68):

«2399.

Cause d'ineleggibilità e di decadenza.

Non possono essere eletti alla carica di sindaco e, se eletti, decadono dall'ufficio:

a) coloro che si trovano nelle condizioni previste dall'articolo 2382;

b) il coniuge, i parenti e gli affini entro il quarto grado degli amministratori della società, gli amministratori, il coniuge, i parenti e gli affini entro il quarto grado degli amministratori delle società da questa controllate, delle società che la controllano e di quelle sottoposte a comune controllo;

c) coloro che sono legati alla società o alle società da questa controllate o alle società che la controllano o a quelle sottoposte a comune controllo da un rapporto di lavoro o da un rapporto continuativo di consulenza o di prestazione d'ope-

ra retribuita, ovvero da altri rapporti di natura patrimoniale che ne compromettano l'indipendenza.

La cancellazione o la sospensione dal registro dei revisori legali e delle società di revisione legale e la perdita dei requisiti previsti dall'ultimo comma dell'articolo 2397 sono causa di decadenza dall'ufficio di sindaco.

Lo statuto può prevedere altre cause di ineleggibilità o decadenza, nonché cause di incompatibilità e limiti e criteri per il cumulo degli incarichi.

2404.

Riunioni e deliberazioni del collegio.

Il collegio sindacale deve riunirsi almeno ogni novanta giorni. La riunione può svolgersi, se lo statuto lo consente indicandone le modalità, anche con mezzi di telecomunicazione.

Il sindaco che, senza giustificato motivo, non partecipa durante un esercizio sociale a due riunioni del collegio decade dall'ufficio.

Delle riunioni del collegio deve redigersi verbale, che viene trascritto nel libro previsto dall'articolo 2421, primo comma, n. 5), e sottoscritto dagli intervenuti.

Il collegio sindacale è regolarmente costituito con la presenza della maggioranza dei sindaci e delibera a maggioranza assoluta dei presenti. Il sindaco dissenziente ha diritto di fare iscrivere a verbale i motivi del proprio dissenso.».

Nota all'art. 24, comma 7:

— Per il testo dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda la nota all'art. 10, comma 1, lett. f) e g).

Note all'art. 25, commi 1, 5 e 6:

— Per il testo dell'art. 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si veda la nota all'art. 10, comma 1, lett. f) e g).

— Per il testo dell'art. 3-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 16, commi 1, 8 e 9.

— Si riporta il testo degli artt. 1 e 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, recante "Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale" (pubblicato nel S.O. alla G.U. 17 gennaio 1998, n. 13):

«1.

Requisiti per l'accesso all'incarico di direzione sanitaria aziendale.

1. L'incarico di direzione sanitaria aziendale è riservato ai medici di qualifica dirigenziale che abbiano svolto per almeno cinque anni attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione e che abbiano conseguito l'attestato di formazione manageriale di cui all'articolo 7 previsto per l'area di sanità pubblica. Costituisce titolo preferenziale il possesso della specializzazione in una delle discipline dell'area di sanità pubblica.

2. Per gli effetti di cui al comma 1, la direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie deve aver comportato la diretta responsabilità delle risorse umane e strumentali affidate al dirigente.

3. L'attività quinquennale di direzione tecnico-sanitaria per il conferimento dell'incarico di direzione sanitaria aziendale deve essere stata svolta nei sette anni precedenti il conferimento dell'incarico.

4. L'accertamento del possesso dei requisiti di cui al comma 1 è effettuato dal direttore generale dell'azienda sanitaria prima del conferimento dell'incarico.

5. I corsi di formazione manageriale si svolgono con le modalità di cui all'articolo 7. I corsi sono riservati ai medici con una anzianità di servizio di almeno tre anni nella direzione tecnico-sanitaria in enti e strutture sanitarie, pubbliche

o private di media o grande dimensione ovvero ai medici con una anzianità di servizio di almeno dieci anni.

6. Con decreto del Ministro della sanità, da pubblicarsi nella Gazzetta Ufficiale, sono costituiti ed aggiornati gli elenchi dei medici che hanno frequentato, con esito positivo, i corsi di formazione manageriale per la direzione sanitaria aziendale.

#### 7.

##### Corsi di formazione manageriale.

1. L'attestato di formazione manageriale si consegue con la frequenza ed il superamento dei corsi disciplinati dal presente regolamento. L'attestato ha una validità di sette anni dalla data di rilascio.

2. I corsi sono riservati al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, commi 12 e 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e degli istituti zooprofilattici sperimentali; il personale deve possedere una anzianità di servizio, alla data del bando, di almeno cinque anni.

3. I corsi sono finalizzati alla formazione manageriale, capacità gestionale, organizzativa e di direzione, del personale della dirigenza del ruolo sanitario e sono articolati in attività didattiche teoriche e pratiche e nella partecipazione attiva a seminari.

4. I contenuti, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento ed ai bilanci, alla gestione delle risorse umane ed all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, la metodologia delle attività didattiche teoriche, pratiche e seminariali di ogni corso nonché la durata, non inferiore a 100 ore, dei corsi stessi sono fissati con decreto ministeriale, sentito il Consiglio superiore di sanità. Un numero di ore, non inferiore a 10, di attività didattica di ciascun corso è dedicato alla sanità pubblica; la relativa attività didattica è svolta a cura dell'Istituto superiore di sanità.

5. I corsi sono indetti con periodicità almeno biennale, dal Ministero della sanità, previa programmazione nazionale sulla base delle indicazioni delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previo accordo con il Ministero della sanità ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, organizzano e attivano i corsi. Con lo stesso accordo l'Istituto superiore di sanità organizza ed attiva i corsi dell'area di sanità pubblica.

7. I corsi sono attivati a livello nazionale, interregionale o regionale, in una o più sessioni e sedi, a seconda del numero dei candidati al corso e delle capacità ricettive delle strutture sanitarie ove si svolge l'attività didattica.

8. Il bando indica l'articolazione del corso, la durata, i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, le sessioni, nonché le modalità di ammissione e assegnazione, il periodo di svolgimento, i posti e le sedi del corso. Nelle domande i candidati devono specificare, a pena di decadenza, la sessione e la sede preferita. Per motivate esigenze organizzative o in caso di domande superiori alla capacità delle strutture didattiche il candidato può essere assegnato ad una sessione o sede diversa da quella prescelta, o alla sessione successiva. L'assegnazione è disposta in base al criterio della precedenza in relazione all'età.

9. In ogni sessione di corsi si può presentare domanda di ammissione per un solo corso.

10. La mancata frequenza, per qualsiasi motivo, delle attività didattiche teoriche, pratiche o seminariali per un numero di ore superiore ad un quinto di quelle globalmente previste per il corso comporta l'esclusione dalla partecipazione al corso. Il periodo di formazione può essere sospeso per servizio militare, gravidanza e puerperio e malattia, fermo restando che l'intera sua durata non può essere ridotta e che il periodo di assenza deve essere recuperato nell'ambito di altro corso anche di altra sessione.

11. Al termine del periodo di formazione i partecipanti al

corso devono sostenere un colloquio davanti ad una commissione composta dai docenti del corso. Ai candidati che sostengono, con esito positivo, il colloquio è rilasciato, in un unico esemplare, un attestato di formazione manageriale. In caso di più sessioni dello stesso corso, l'attestato viene rilasciato contestualmente a tutti i candidati al termine dell'ultima sessione.

12. Per la realizzazione dei corsi il Ministero della sanità, le regioni e l'Istituto superiore di sanità si avvalgono delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, dei policlinici universitari, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, degli istituti zooprofilattici sperimentali, nonché di altri soggetti pubblici e privati accreditati e di associazioni e società scientifiche accreditate, ai fini della formazione, dal Ministero della sanità, sentita la commissione di cui all'articolo 9, comma 6, in relazione alla documentazione rappresentanza e alla diffusione della struttura organizzativa in tutto il territorio nazionale.»

Note all'art. 26, commi 3 e 4:

— Si riporta il testo dell'art. 17-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«17-bis.

Dipartimenti.

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.

2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento dispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.»

— Per il decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, si vedano le note all'art. 1, comma 1.

Nota all'art. 27, comma 3:

— La legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26, recante "Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali", è pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 30 dicembre 2009, n. 58.

Il testo dell'art. 3, comma 2, è il seguente:

«Art. 3

Il comune.

Omissis.

2. Il comune esercita le funzioni amministrative in forma associata tramite gli Ambiti territoriali integrati, di seguito denominati ATI, istituiti ai sensi della legge regionale 9 luglio 2007, n. 23 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale - Unione europea e relazioni internazionali - Innovazione e semplificazione).

L'ATI esercita le funzioni e provvede alla erogazione dei servizi sociali tramite la Zona sociale intesa quale articolazione territoriale corrispondente al territorio dei distretti sanitari istituiti ai sensi della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale).

Omissis.».

Nota all'art. 30, comma 4:

— Si riporta il testo dell'art. 4, comma 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«4.

Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri.

*Omissis.*

9. Gli ospedali che non siano costituiti in azienda ospedaliera conservano la natura di presidi dell'unità sanitaria locale. Nelle unità sanitarie locali nelle quali sono presenti più ospedali, questi possono essere accorpati ai fini funzionali. Nei presidi ospedalieri dell'unità sanitaria locale è previsto un dirigente medico in possesso dell'idoneità di cui all'art. 17, come responsabile delle funzioni igienico-organizzative, ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. Il dirigente medico ed il dirigente amministrativo concorrono, secondo le rispettive competenze, al conseguimento degli obiettivi fissati dal direttore generale. A tutti i presidi di cui al presente comma è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'unità sanitaria locale, con l'introduzione delle disposizioni previste per le aziende ospedaliere, in quanto applicabili.

*Omissis.».*

Note all'art. 31, commi 12 e 13:

— Si riporta il testo dell'art. 10 del decreto legislativo 28 giugno 2012, n. 106, recante "Riorganizzazione degli enti vigilati dal Ministero della salute, a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183" (pubblicato nella *G.U.* 23 luglio 2012, n. 170):

«Art. 10

Principi per l'esercizio delle competenze regionali

1. Le regioni disciplinano le modalità gestionali, organizzative e di funzionamento degli Istituti, nonché l'esercizio delle funzioni di sorveglianza amministrativa, di indirizzo e verifica sugli Istituti, fatta in ogni caso salva la competenza esclusiva dello Stato, ed adottano criteri di valutazione dei costi, dei rendimenti e di verifica dell'utilizzazione delle risorse, nel rispetto dei principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, e dei seguenti principi fondamentali:

a) semplificazione e snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa, adeguandole ai principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'attività amministrativa;

b) razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento, previa riorganizzazione dei relativi centri di spesa e mediante adeguamento dell'organizzazione e della struttura amministrativa degli Istituti attraverso:

1) la riorganizzazione degli uffici dirigenziali, procedendo alla loro riduzione in misura pari o inferiore a quelli determinati in applicazione dell'articolo 1, comma 404, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 e dell'articolo 1, comma 3, del decreto-legge 13 agosto 2011, n. 138, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 settembre 2011, n. 148, nonché alla eliminazione delle duplicazioni organizzative esistenti;

2) la gestione unitaria del personale e dei servizi comuni anche mediante strumenti di innovazione amministrativa e tecnologica;

3) la riorganizzazione degli uffici con funzioni ispettive e di controllo;

4) la riduzione degli organismi di analisi, consulenza e studio di elevata specializzazione;

5) la razionalizzazione delle dotazioni organiche in modo da assicurare che il personale utilizzato per funzioni relative alla gestione delle risorse umane, ai sistemi informativi, ai servizi manutentivi e logistici, agli affari generali, provveditori e contabilità non ecceda comunque il 15 per cento delle risorse umane complessivamente utilizzate.

2. Nel caso di istituti interregionali, le Regioni provvedono di concerto.

3. Il piano sanitario regionale di cui agli articoli 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, definisce gli obiettivi e l'indirizzo per l'attività degli Istituti. La programmazione regionale prevede le modalità di raccordo tra gli Istituti zooprofilattici sperimentali e i dipartimenti di prevenzione.».

— Il testo dell'art. 4 della legge regionale 6 marzo 1998, n. 9 (si veda la nota all'art. 4, comma 2), è il seguente:

«Art. 4

Convenzioni con le Unità sanitarie locali e coordinamento delle attività.

1. L'A.R.P.A. e le Unità sanitarie locali esercitano le funzioni e le attività di protezione e controllo ambientale e di prevenzione collettiva di rispettiva competenza, secondo il riparto di cui all'allegato A della presente legge.

2. Le Unità sanitarie locali si avvalgono dell'A.R.P.A. per il supporto e la consulenza in materia ambientale, nonché per le prestazioni analitiche-laboratoristiche finalizzate all'espletamento delle attività connesse con le funzioni di prevenzione collettiva.

3. L'A.R.P.A., per le prestazioni di cui al comma 2, stipula con le Unità sanitarie locali apposite convenzioni, sulla base dello schema approvato dalla Giunta regionale.

4. L'integrazione ed il coordinamento delle attività proprie dell'A.R.P.A. e delle Unità sanitarie locali, per le aree di intervento che rivestono valenza sia ambientale che sanitaria, sono assicurate dal comitato tecnico di cui all'articolo 11, nonché mediante il reciproco e regolare scambio di informazioni e conoscenze derivanti dalle attività di rispettiva competenza.».

Nota all'art. 32, comma 1:

— Si riporta il testo dell'art. 7-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«7-quater.

Organizzazione del dipartimento di prevenzione.

1. Il dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del dipartimento è scelto dal direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

2. Le regioni disciplinano l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

a) igiene e sanità pubblica;

b) igiene degli alimenti e della nutrizione;

c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

d) sanità animale;

e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;

f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

3. Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

4. I servizi veterinari operano quale centro di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi del servizio, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica.».



Note all'art. 34, commi 1 e 2:

— Per il testo dell'art. 14 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 15, commi 2, lett. b) e g), 4 e 5.

— La legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13, recante "Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria" (pubblicata nel S.O. al *B.U.R.* 2 marzo 2000, n. 11), è stata modificata ed integrata con leggi regionali 9 marzo 2000, n. 18 (in S.S. n. 3 al *B.U.R.* 15 marzo 2000, n. 14), 16 febbraio 2005, n. 8 (in *B.U.R.* 4 marzo 2005, n. 10, E.S.), 9 luglio 2007, n. 23 (in S.O. n. 1 al *B.U.R.* 18 luglio 2007, n. 32), 26 giugno 2009, n. 13 (in *B.U.R.* 29 giugno 2009, n. 29, E.S.), 12 febbraio 2010, n. 9 (in S.S. n. 3 al *B.U.R.* 17 febbraio 2010, n. 8) e 30 marzo 2011, n. 4 (in S.S. n. 2 al *B.U.R.* 31 marzo 2011, n. 15).

Il testo dell'art. 5 è il seguente:

«Art. 5

Concertazione e partenariato istituzionale e sociale.

1. La Giunta regionale promuove le più ampie forme di concertazione-partenariato istituzionale e sociale ai fini della predisposizione delle proposte di atti di programmazione regionale.

2. Il partenariato sociale si attua, anche con riferimento a esperienze nazionali e comunitarie, attraverso l'istituzione di un tavolo di concertazione a cui partecipano i soggetti indicati all'articolo 4, comma 1. Entro tre mesi dall'inizio di ogni legislatura, la Giunta regionale definisce la composizione del tavolo di concertazione e gli ambiti di attività. Le specifiche sessioni di concertazione vengono precisate d'intesa con le rappresentanze economico-sociali all'inizio di ogni anno. La Giunta regionale, nella definizione delle regole di selezione dei partecipanti, si ispira ai criteri del pluralismo delle istanze, della rappresentatività generale dei soggetti, della specifica competenza tecnica rispetto agli strumenti oggetto di esame partenariale.

3. Il partenariato istituzionale si esplica, per quanto concerne gli enti locali, attraverso le apposite conferenze previste dalla legislazione regionale sugli strumenti di pianificazione urbanistica strategica territoriale regionale e attraverso la concertazione con il Consiglio delle Autonomie locali.

4. Gli altri interlocutori regionali, nazionali e comunitari, di cui all'articolo 4, comma 2, possono essere chiamati a partecipare alle sessioni di partenariato sociale ed istituzionale di cui al presente articolo in ragione delle loro competenze di istituto o con riferimento a specifiche normative.

5. La Giunta regionale attua e promuove la più ampia partecipazione alle istanze di concertazione e partenariato promosse dal Governo e dalle istituzioni dell'Unione Europea. Nell'ambito di tale attività, la Giunta regionale cura i collegamenti con le altre Regioni ai fini della proposizione di istanze e programmi comuni.».

Note all'art. 35, commi 1, 3 e 5, lett. b) e c):

— Per il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 1, comma 1.

— Il testo dell'art. 14 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13 (si vedano le note all'art. 34, commi 1 e 2), è il seguente:

«Art. 14

Documento regionale annuale di programmazione.

1. La Regione stabilisce i contenuti della politica socio-economica nel territorio e delinea gli interventi di finanza regionale mediante DAP.

2. Il DAP tiene conto, per il periodo compreso nel bilancio pluriennale, degli effetti dei programmi comunitari in vigore, delle intese di programma con il Governo e delle valutazioni e degli effetti del documento di programmazione economico-finanziaria per il triennio di riferimento, di cui alla legge 5 agosto 1978, n. 468 e successive modificazioni e integrazioni, come presentato dal Governo al Parlamento.

3. Il DAP costituisce lo strumento fondamentale di raccor-

do fra la programmazione generale e la programmazione finanziaria e di bilancio della Regione. Ai fini di tale raccordo, avvalendosi delle risultanze del controllo strategico di cui all'articolo 99, il DAP:

a) verifica e aggiorna annualmente le determinazioni programmatiche del PRS e degli strumenti attuativi settoriali e intersettoriali;

b) delinea il quadro delle risorse finanziarie regionali necessarie al collegamento fra le determinazioni programmatiche e le scelte e gli effetti di bilancio.

4. Il DAP contiene una sintetica descrizione della situazione economica e sociale della Regione e una valutazione degli andamenti dell'economia regionale. Nel DAP sono altresì indicati:

a) le tendenze e gli obiettivi macroeconomici, in particolare quelli relativi allo sviluppo del reddito e dell'occupazione nella Regione nel triennio di riferimento;

b) gli aggiornamenti e le modificazioni del PRS e degli altri documenti di programmazione nonché le conseguenti variazioni da apportare alla legislazione attuativa e alla strumentazione operativa;

c) il limite massimo del ricorso al mercato finanziario per ciascuno degli anni compresi nel bilancio pluriennale;

d) le regole di variazione delle entrate e delle spese del bilancio di competenza della Regione per il periodo cui si riferisce il bilancio pluriennale, nonché il livello programmatico di imposizione fiscale;

e) gli indirizzi per gli interventi, anche di settore, collegati alla manovra di finanza regionale per il periodo compreso nel bilancio pluriennale, coerenti con i contenuti e le previsioni di cui alla lettera b), nell'ambito delle compatibilità di cui alle lettere c) e d);

f) la valutazione di massima dell'effetto economico-finanziario attribuito agli indirizzi e agli interventi di cui alla lettera e) in rapporto all'andamento tendenziale;

g) i criteri e i parametri per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione e l'individuazione delle priorità da realizzare.».

— Si riporta il testo dell'art. 3-quater, commi 2 e 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«3-quater.

Il distretto.

*Omissis.*

2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.

3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;

b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

*Omissis.*».

— Si riporta il testo dell'art. 4, comma 2 del decreto del

Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" (pubblicato nella *G.U.* 6 giugno 2001, n. 129):

«4.

Principi di programmazione e di organizzazione delle attività.

*Omissis.*

2. Al fine di favorire l'integrazione con i servizi di assistenza primaria e con le altre prestazioni socio-sanitarie, la programmazione dei servizi e delle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria rientra nel Programma delle attività territoriali, di cui all'art. 3-quater, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. I comuni adottano sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini per consentirne l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle suddette prestazioni.

*Omissis.*».

— Per il testo dell'art. 3 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51, si vedano le note all'art. 15, commi 2, lett. b) e g), 4 e 5.

Note all'art. 36, commi 3, 7 e 8:

— Il testo dell'art. 8 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26 (si veda la nota all'art. 27, comma 3), è il seguente:

«Art. 8

Piano sociale regionale.

1. Il Piano sociale regionale è lo strumento di governo del sistema dei servizi e delle attività sociali mediante il quale la Regione definisce gli indirizzi, gli obiettivi, le priorità sociali, la soglia territoriale ottimale per la programmazione e la gestione degli interventi sociali ed i criteri per la relativa attuazione.

2. Il Piano sociale regionale individua i principali fattori di sviluppo e di rischio come elementi di orientamento per gli interventi di area sociale nelle materie di competenza regionale.

3. Il Piano sociale regionale si integra con il Piano sanitario regionale, in particolare per le prestazioni socio sanitarie di cui all'articolo 16; esso stabilisce le modalità e gli strumenti per l'integrazione con le altre politiche del welfare e con le altre politiche e piani di settore.

4. Il Piano sociale regionale in particolare definisce:

a) la dotazione essenziale ed unitaria del sistema di offerta dei servizi sociali territoriali;

b) le tipologie di servizio con particolare riferimento ai servizi sociali innovativi;

c) gli indirizzi per l'organizzazione del sistema regionale dei servizi sociali;

d) le modalità di verifica sullo stato dei servizi e la qualità degli interventi mediante un apposito sistema di indicatori;

e) i criteri e le modalità per l'individuazione dei rappresentanti all'interno del Tavolo zonale di concertazione di cui all'articolo 13;

f) gli standard di figura e di percorso formativo per gli operatori impegnati nelle attività e nei servizi sociali di cui alla presente legge;

g) gli ulteriori LIVEAS di cui all'articolo 6, comma 3.

5. Il Piano sociale regionale individua il rapporto fra uffici della cittadinanza e popolazione residente che deve essere assicurato su tutto il territorio regionale.

6. Il Piano sociale regionale è adottato dalla Giunta regionale previo espletamento delle procedure di concertazione di cui alla normativa vigente ed è trasmesso al Consiglio regionale per l'approvazione. Eventuali modifiche ed adeguamenti del Piano sociale regionale sono adottati dalla Giunta regionale e trasmessi al Consiglio regionale. Il Piano ha validità triennale ed esplica i suoi effetti fino all'approvazione del successivo.».

— La legge regionale 4 giugno 2008, n. 9, recante "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni", è pubblicata nel S.O. n. 1 al *B.U.R.* 11 giugno 2008, n. 27.

Il testo dell'art. 11 è il seguente:

«Art. 11

Piano regionale integrato per la non autosufficienza.

1. La Giunta regionale adotta, contestualmente al Piano sanitario ed al Piano sociale, il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di seguito PRINA e lo trasmette, espletate le procedure di concertazione, al Consiglio regionale per l'approvazione.

2. Il PRINA ha durata triennale e definisce:

a) i criteri generali di riparto del Fondo di cui all'articolo 1 e l'assegnazione delle risorse da destinare alle Aziende USL con il vincolo di destinazione per i distretti socio-sanitari e Ambiti territoriali sociali;

b) le aree prioritarie di intervento nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da garantire alle persone non autosufficienti;

c) gli indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali operanti a livello di Azienda USL e a livello di Comune.».

— Si riporta il testo dell'art. 1, commi 4, 14 e 18 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«1.

Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

*Omissis.*

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di auto-coordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

*Omissis.*

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

*Omissis.*

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies.».

— Per il testo dell'art. 5 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13, si vedano le note all'art. 34, commi 1 e 2.

Note all'art. 38, commi 1 e 3:

— Per il testo dell'art. 3-*quater*, commi 2 e 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 35, commi 1, 3 e 5, lett. b) e c).

— Per la legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26, si veda la nota all'art. 27, comma 3.

— Il testo dell'art. 12 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9 (si vedano le note all'art. 36, commi 3, 7 e 8), è il seguente:

«Art. 12

Livelli e strumenti della programmazione.

1. Ai fini della presente legge, in coerenza con gli indirizzi fissati dal PRINA, la programmazione si articola su tre livelli:

- a) Regione;
- b) Azienda USL e Ambiti territoriali integrati (ATI) di cui alla legge regionale 9 luglio 2007, n. 23;
- c) distretti socio-sanitari e ambiti territoriali sociali.

2. La Regione approva il PRINA, ne verifica l'attuazione e ne valuta gli esiti.

3. L'Azienda USL e gli ambiti territoriali sociali ricompresi nel suo territorio redigono il Piano attuativo triennale del PRINA nel rispetto delle indicazioni fornite dagli ATI.

4. Il Piano attuativo triennale del PRINA è articolato per distretti socio-sanitari e ambiti territoriali sociali di sua competenza e individua i servizi aventi come bacino di utenza l'intero territorio dell'ATI.

5. Il Piano attuativo triennale del PRINA è approvato dall'Assemblea dell'ATI, entro 30 giorni dalla approvazione del PRINA, ed acquista efficacia dopo la valutazione di congruità da parte della Giunta regionale, così come previsto dall'articolo 5, comma 4, lettera a) della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 per i piani attuativi locali, resa entro 30 giorni.

6. I distretti socio-sanitari e gli ambiti territoriali sociali, definiscono il Programma operativo del PRINA quale parte integrante del Programma delle attività territoriali del distretto socio-sanitario e del Piano di zona.

7. Il Programma operativo del PRINA viene redatto e approvato nel rispetto delle procedure previste dalle disposizioni vigenti per la redazione e approvazione del Programma delle attività territoriali del distretto sociosanitario e del Piano di zona.

8. Il Programma operativo del PRINA è approvato entro 30 giorni dalla deliberazione della Giunta regionale avente ad oggetto la valutazione di congruità del Piano attuativo triennale del PRINA.».

Nota all'art. 39, comma 4:

— Per il testo dell'art. 1, comma 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 36, commi 3, 7 e 8.

Nota all'art. 44, comma 1:

— Si riporta il testo dell'art. 15-*decies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«15-*decies*.

Obbligo di appropriatezza.

1. I medici ospedalieri e delle altre strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario nazionale, pubbliche o accreditate, quando prescrivono o consigliano medicinali o accertamenti diagnostici a pazienti all'atto della dimissione o in occasione di visite ambulatoriali, sono tenuti a specificare i farmaci e le prestazioni erogabili con onere a carico del Servizio sanitario nazionale. Il predetto obbligo si estende anche ai medici specialisti che abbiano comunque titolo per prescrivere medicinali e accertamenti diagnostici a carico del Servizio sanitario nazionale.

2. In ogni caso, si applicano anche ai sanitari di cui al comma 1 il divieto di impiego del ricettario del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di medicinali non rim-

borsabili dal Servizio, nonché le disposizioni che vietano al medico di prescrivere, a carico del Servizio medesimo, medicinali senza osservare le condizioni e le limitazioni previste dai provvedimenti della Commissione unica del farmaco e prevedono conseguenze in caso di infrazione.

3. Le attività delle aziende unità sanitarie locali previste dall'articolo 32, comma 9, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono svolte anche nei confronti dei sanitari di cui al comma 1.».

Nota all'art. 45, comma 1:

— Il decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, recante "Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali", è pubblicato nel S.O. alla G.U. 15 febbraio 1980, n. 45.

Note all'art. 47, commi 1, lett. b), 6 e 7:

— Si riporta il testo dell'art. 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, recante "Disposizioni in materia di finanza pubblica" (pubblicata nella G.U. 31 dicembre 1991, n. 305):

«4.

Assistenza sanitaria.

*Omissis*.

8. È abolito il controllo dei comitati regionali di controllo sugli atti delle unità sanitarie locali e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché degli enti di cui all'articolo 41, secondo comma, L. 23 dicembre 1978, n. 833 e degli enti ospedalieri di cui all'articolo 1, comma 13, del D.L. 6 febbraio 1991, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla L. 4 aprile 1991, n. 111. Limitatamente agli atti delle unità sanitarie locali e dei sopracitati enti ospedalieri riguardanti il bilancio di previsione, le variazioni di bilancio e il conto consuntivo, la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale, la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni, il controllo preventivo è assicurato direttamente dalla regione, che è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. I provvedimenti come sopra approvati diventano definitivi. Per gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, il controllo di cui agli articoli 16, 17 e 18 del D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è esteso anche ai provvedimenti riguardanti i programmi di spesa pluriennali e quelli per la disciplina e l'attribuzione dei contratti e delle convenzioni. Il termine di trenta giorni previsto dall'articolo 18, D.P.R. 31 luglio 1980, n. 617, è modificato in quaranta giorni.

*Omissis*».

— La legge 26 aprile 1982, n. 181, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1982)", è pubblicata nel S.O. alla G.U. 26 aprile 1982, n. 113.

— Il regolamento regionale 17 gennaio 2006, n. 1, recante "Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie", è pubblicato nel B.U.R. 1° febbraio 2006, n. 6.

— Il testo dell'art. 20 della legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5 (si veda la nota all'art. 2, comma 3), è il seguente:

«Art. 20

Controllo.

1. Le deliberazioni del Consiglio di amministrazione sono soggette alla valutazione di congruità di cui alla lettera a) del comma 2 dell'art. 31 della legge regionale 19 dicembre 1995, n. 51.

2. Le deliberazioni si intendono approvate se nel termine di quaranta giorni dalla data del loro ricevimento la Giunta della Regione dell'Umbria non ne abbia pronunciato l'annullamento con provvedimento motivato.

3. Le delibere di cui al comma 1, entro dieci giorni dalla loro adozione, sono trasmesse contemporaneamente, oltre che alla Giunta della Regione dell'Umbria, alla Giunta della Regione Marche, che entro quindici giorni dalla ricezione può



prospettare osservazioni o rilievi alla Giunta della Regione dell'Umbria ai fini della decisione di controllo. Nel termine di cui al comma 2 la Giunta regionale dell'Umbria può acquisire elementi integrativi di giudizio ai fini della valutazione degli atti ad essa sottoposti.».

Note all'art. 48, commi 1, 2 e 3:

— Si riporta il testo dell'art. 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«8-ter.

Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie.

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 dicembre 1993, n. 493 e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e socio-sanitaria, prevedendo la possibilità del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati.».

— Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da

parte delle strutture pubbliche e private", è pubblicato nel S.O. alla G.U. 20 febbraio 1997, n. 42.

— Il regolamento regionale 25 febbraio 2000, n. 2, recante "Disciplina dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie", è pubblicato nel B.U.R. 2 marzo 2000, n. 11.

Note all'art. 49, commi 1 e 2:

— Si riporta il testo dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«8-quater.

Accreditamento istituzionale.

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-quinquies.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, entro centotanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, sentiti l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accreditamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

c) le procedure e i termini per l'accreditamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accreditamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accreditate garanti-

scano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accreditate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accreditamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-octies;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-ter;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica

negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'articolo 13, si procede, con le modalità di cui all'articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative.».

— Il regolamento regionale 31 luglio 2002, n. 3, recante "Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie", è pubblicato nel *B.U.R.* 14 agosto 2002, n. 36.

Note all'art. 52, comma 1:

— Per il testo dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 49, commi 1 e 2.

— Si riporta il testo dell'art. 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«8-quinquies.

Accordi contrattuali.

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività con-

cordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideeterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

2-bis. *Abrogato.*

2-ter. *Abrogato.*

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso.»

Note all'art. 54, comma 2, lett. c):

— Il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", è pubblicato nel S.O. alla G.U. 29 luglio 2003, n. 174.

— Il regolamento regionale 12 maggio 2006, n. 4, recante "Trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari di competenza della Giunta regionale, delle aziende sanitarie, degli enti ed agenzie regionali e degli enti vigilati dalla Regione", è pubblicato nel S.O. n. 1 al B.U.R. 15 maggio 2006, n. 23.

Nota all'art. 56, comma 3:

— Per il decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, si vedano le note all'art. 54, comma 2, lett. c).

Nota all'art. 57, commi 1, 3 e 4:

— Si riporta il testo degli artt. 3, 20 e 154, comma 1, lettera g) del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (si vedano le note all'art. 54, comma 2, lett. c):

#### «Art. 3

(Principio di necessità nel trattamento dei dati)

1. I sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzazione di dati perso-

nali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità.

#### Art. 20

(Principi applicabili al trattamento di dati sensibili)

1. Il trattamento dei dati sensibili da parte di soggetti pubblici è consentito solo se autorizzato da espressa disposizione di legge nella quale sono specificati i tipi di dati che possono essere trattati e di operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite.

2. Nei casi in cui una disposizione di legge specifica la finalità di rilevante interesse pubblico, ma non i tipi di dati sensibili e di operazioni eseguibili, il trattamento è consentito solo in riferimento ai tipi di dati e di operazioni identificati e resi pubblici a cura dei soggetti che ne effettuano il trattamento, in relazione alle specifiche finalità perseguite nei singoli casi e nel rispetto dei principi di cui all'articolo 22, con atto di natura regolamentare adottato in conformità al parere espresso dal Garante ai sensi dell'articolo 154, comma 1, lettera g), anche su schemi tipo.

3. Se il trattamento non è previsto espressamente da una disposizione di legge i soggetti pubblici possono richiedere al Garante l'individuazione delle attività, tra quelle demandate ai medesimi soggetti dalla legge, che perseguono finalità di rilevante interesse pubblico e per le quali è conseguentemente autorizzato, ai sensi dell'articolo 26, comma 2, il trattamento dei dati sensibili. Il trattamento è consentito solo se il soggetto pubblico provvede altresì a identificare e rendere pubblici i tipi di dati e di operazioni nei modi di cui al comma 2.

4. L'identificazione dei tipi di dati e di operazioni di cui ai commi 2 e 3 è aggiornata e integrata periodicamente.

#### Art. 154

(Compiti)

1. Oltre a quanto previsto da specifiche disposizioni, il Garante, anche avvalendosi dell'Ufficio e in conformità al presente codice, ha il compito di:

*Omissis.*

g) esprimere pareri nei casi previsti;

*Omissis.».*

Nota all'art. 58, comma 4, lett. a):

— Per il testo dell'art. 1, comma 18 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, si vedano le note all'art. 36, commi 3, 7 e 8.

Nota all'art. 59, comma 1:

— La legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17, recante "Istituzione della Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità", è pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 16 marzo 2005, n. 12.

Note all'art. 60, commi 1, 4 e 9:

— La legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3, recante "Ordinamento del sistema sanitario regionale" (pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 28 gennaio 1998, n. 7), è stata modificata ed integrata con leggi regionali 27 marzo 2000, n. 29 (in B.U.R. 7 aprile 2000, n. 21, E.S.), 28 dicembre 2004, n. 35 (in B.U.R. 31 dicembre 2004, n. 57), 23 febbraio 2005, n. 16 (in S.O. n. 1 al B.U.R. 16 marzo 2005, n. 12), 20 luglio 2011, n. 6 (in S.O. n. 1 al B.U.R. 27 luglio 2011, n. 32) e 4 aprile 2012, n. 7 (in S.S. n. 2 al B.U.R. 5 aprile 2012, n. 15).

Il testo dell'art. 8 è il seguente:

#### «Art. 8

Istituzione delle Unità sanitarie locali.

1. In ciascuno degli ambiti territoriali individuati nella tabella allegata alla presente legge è istituita una Unità sanitaria locale.

2. La sede legale delle Unità sanitarie locali è stabilita dalla



Giunta regionale, su proposta delle competenti Conferenze dei sindaci, da formularsi nella prima seduta utile delle stesse; in caso di inerzia provvede comunque la Giunta regionale.

2-bis. Le unità sanitarie locali di cui al comma 1 sono costituite in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2-ter. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 4 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 29 (Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419", d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).».

— Si riporta il testo dell'art. 5, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (si vedano le note all'art. 1, comma 1):

«5.

Patrimonio e contabilità.

*Omissis.*

3. Le leggi e i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

*Omissis.*».

Note all'art. 61:

— Per la legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3, si vedano le note all'art. 60, commi 1, 4 e 9.

— Per la legge regionale 27 marzo 2000, n. 29, si vedano le note all'art. 12, comma 1.

— La legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16, recante "Disposizioni in materia di dotazioni organiche e di reclutamento del personale nelle Aziende sanitarie regionali", è pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 16 marzo 2005, n. 12.

— Per la legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17, si veda la nota all'art. 59, comma 1.

— La legge regionale 16 maggio 2007, n. 16, recante "Modificazioni ed integrazioni della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17 (Costituzione di una società per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica) e abrogazione della legge regionale 9 agosto 1995, n. 33 (Istituzione dell'Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario, denominata SE-DES), così come modificata dall'art. 2 della legge regionale 10 febbraio 2006, n. 4", è pubblicata nel B.U.R. 23 maggio 2007, n. 22.

— La legge regionale 24 novembre 2009, n. 23, recante "Requisiti del direttore amministrativo di Azienda sanitaria regionale", è pubblicata nel B.U.R. 2 dicembre 2009, n. 54.

— Il testo dell'art. 15 della legge regionale 21 marzo 1975, n. 15, recante "Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione dell'Umbria" (pubblicata nel B.U.R. 26 marzo 1975, n. 13), come abrogato dalla presente legge, è il seguente:

«[Art. 15

*Rivalsa nei casi di responsabilità civile.*

Quando il ricovero sia determinato da fatto comportante presumibile responsabilità di terzi, gli Enti ospedalieri sono tenuti a trasmettere alla Giunta regionale e all'ente gestore dell'assistenza malattia o dell'assicurazione contro gli infortuni, ogni elemento ed informazione in loro possesso, ai fini dell'esercizio delle relative ragioni ed azioni di recupero.

Il contenzioso per il recupero delle spese per ospedalità erogate a seguito di fatti dolosi o colposi spetta alla Giunta regionale, la quale può avvalersi degli uffici legali dei Comuni o convenzionarsi con gli enti mutuo-previdenziali.].» Abrogato.

— Il testo dell'art. 11 della legge regionale 10 luglio 1998, n. 23, recante "Tutela sanitaria delle attività sportive" (pubblicata nel B.U.R. 15 luglio 1998, n. 44), come abrogato dalla presente legge, è il seguente:

«[Art. 11

*Censimento dei praticanti l'attività sportiva agonistica.*

1. Entro il mese di marzo di ogni anno, le strutture pubbliche e private di medicina dello sport e gli specialisti autorizzati al rilascio dei certificati di idoneità alla pratica sportiva agonistica comunicano alla Giunta regionale il numero degli attestati di idoneità e non idoneità rilasciati nell'anno precedente. Entro la medesima data, i comitati provinciali delle singole federazioni sportive del CONI e gli enti di promozione sportiva comunicano alla Giunta regionale divisi per comune e per attività sportiva, il numero dei propri tesserati agonisti che necessitano di certificato di idoneità sportiva.

2. La Giunta regionale cura, anche in forma elaborata ed aggregata, la pubblicazione e la divulgazione dei dati ad essa pervenuti.

3. L'inadempienza a quanto previsto al comma 1 comporta la sospensione dell'autorizzazione o dell'accreditamento delle strutture. Il rispetto dell'adempimento costituisce elemento di priorità nell'assegnazione agli enti di promozione sportiva ed alle federazioni del CONI dei contributi previsti dall'art. 6 della L.R. 4 luglio 1997, n. 21.

4. In fase di prima attuazione gli adempimenti di cui al comma 1 sono effettuati entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.].» Abrogato.

— Il testo degli artt. 30 e 31 della legge regionale 30 marzo 2011, n. 4, recante "Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2011 in materia di entrate e di spese" (pubblicata nel S.S. n. 2 al B.U.R. 31 marzo 2011, n. 15), come abrogato dalla presente legge, è il seguente:

«[Art. 30

*Ulteriore applicazione della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16.*

1. In attesa della complessiva ridefinizione della materia e fatti salvi i principi contenuti nel decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) e nella normativa statale di settore, per il reclutamento del personale delle Aziende sanitarie regionali continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nella legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16 (Disposizioni in materia di dotazioni organiche e di reclutamento del personale nelle Aziende sanitarie regionali).].» Abrogato.

[Art. 31

*Modificazioni alla legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16.*

1. Al comma 1 dell'articolo 5 della legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16 (Disposizioni in materia di dotazioni organiche e di reclutamento del personale nelle Aziende sanitarie regionali) le parole: "della ex carriera direttiva" sono soppresse e dopo le parole: "e personale dirigenziale amministrativo" sono soppresse le seguenti: ", tecnico e professionale".

2. Al comma 2 dell'articolo 5 della L.R. n. 16/2005 le parole: "alle carriere" sono sostituite con le seguenti: "alla carriera" e dopo la parola: "effettuata" sono aggiunte le seguenti: "con procedura unica centralizzata per i fabbisogni espressi".

3. L'articolo 6 della L.R. n. 16/2005 è abrogato.].» Abrogato.

— Il testo degli artt. 7, 8, 9, 10 e 11 della legge regionale 20 luglio 2011, n. 6 (si vedano le note all'art. 17, commi 1 e 2), come abrogato dalla presente legge, è il seguente:

«[Art. 7

*Modificazione all'art. 8.*

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 8 della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3 (Ordinamento del sistema sanitario regionale) sono aggiunti i seguenti:

«2-bis. Le unità sanitarie locali di cui al comma 1 sono costituite in aziende dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2-ter. L'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 4 della legge regionale 27 marzo 2000, n. 29

(Prime disposizioni di recepimento del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, concernente: "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419", d'integrazione e modificazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).».]. Abrogato.

[Art. 8

Modificazioni dell'articolo 11.

1. L'articolo 11, comma 3, lettera a) della L.R. n. 3/1998 è così modificato:

"a) la nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario, in possesso di specifiche competenze e che non godano già del trattamento di quiescenza;".]. Abrogato.

[Art. 9

Sostituzione dell'art. 12.

1. L'articolo 12 della L.R. n. 3/1998 è sostituito dal seguente:

«Art. 12

Direttore generale: nomina e rapporto di lavoro.

1. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta stessa, tra soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, in possesso dei requisiti previsti all'articolo 3-bis, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992, iscritti nell'elenco di cui all'articolo 12-bis.

2. Il direttore generale è il rappresentante legale dell'azienda sanitaria ed è responsabile della gestione complessiva della stessa. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo.

3. La nomina del direttore generale delle aziende ospedaliere nelle quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia è subordinata alla previa intesa con il Rettore dell'Università degli studi di Perugia. L'intesa si intende acquisita decorsi tre giorni dal ricevimento da parte del Rettore della proposta regionale senza che pervenga formale e motivato diniego da parte del Rettore stesso.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale, di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. La durata degli incarichi di direzione generale è di norma la stessa per tutte le aziende sanitarie. Il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V Titolo III del codice civile, secondo uno schema tipo adottato dalla Giunta regionale.

5. Il rilievo di eventuali incompatibilità è contestato, in qualunque momento, dalla Giunta regionale al direttore generale il quale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia alla Giunta stessa; decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il direttore generale è dichiarato decaduto.

6. Prima della scadenza del contratto, la Giunta regionale con delibera motivata contenente la valutazione positiva dell'operato del direttore generale può procedere alla conferma dell'incarico con la stipula di un nuovo contratto nel rispetto di quanto previsto al comma 7, ovvero prorogare per un periodo non superiore a sessanta giorni il contratto in scadenza.

7. Le funzioni di direttore generale non possono essere esercitate per un periodo superiore ai dieci anni.

8. La Giunta regionale può modificare, per motivate esigenze organizzative e gestionali, la sede di assegnazione degli incarichi già conferiti a direttori generali di aziende sanitarie. La mobilità interaziendale non comporta ulteriori variazioni al contratto originario, fatta salva la sede di assegnazione riportata nell'atto di accettazione. La mancata accettazione della variazione di sede comporta la risoluzione del contratto.

9. Il direttore generale, entro diciotto mesi dalla data della nomina, ha l'obbligo di produrre l'attestato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione sanitaria di cui all'articolo 3-bis del D.Lgs. n. 502/1992, pena la decadenza automatica dall'incarico.

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

competenza regionale e della proroga degli organi amministrativi).».]. Abrogato.

[Art. 10

Integrazione alla L.R. n. 3/1998.

1. Dopo l'articolo 12 della L.R. n. 3/1998 sono inseriti i seguenti:

«Art. 12-bis

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

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

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

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

Art. 12-ter

Valutazione dell'attività del direttore generale.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 12-quater

Decadenza e revoca del direttore generale.

1. La Giunta regionale può dichiarare la decadenza e la revoca del direttore generale. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione del contratto dello stesso.

2. Costituiscono causa di decadenza e revoca oltre a quanto previsto agli articoli 3 e 3-bis del D.Lgs. n. 502/1992:

a) l'insorgenza di un grave disavanzo d'esercizio, tale da costituire pregiudizio all'equilibrio economico dell'azienda;

b) il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Regione;

c) la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale, allorché gli stessi prevedano espressamente tale sanzione in caso di inadempienza;

d) l'esito negativo della valutazione di cui all'articolo 12-ter;

e) la mancata rimozione delle incompatibilità di cui all'articolo 12, comma 5;

f) la grave violazione dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione o altri gravi motivi anche su segnalazione della Commissione consiliare competente in materia di sanità.

3. La Giunta regionale in caso di decadenza, di revoca del direttore generale o di vacanza dell'ufficio, in via temporanea fino alla data di stipula del contratto del nuovo direttore, attribuisce le funzioni al direttore amministrativo o al direttore sanitario, ovvero procede alla nomina di un commissario straordinario in possesso dei requisiti previsti dalla legislazione vigente per la nomina a direttore generale.».]. Abrogato.

[Art. 11

Sostituzione dell'art. 32.

1. L'articolo 32 della L.R. n. 3/1998 è sostituito dal seguente:

«Art. 32

Controllo della Regione.

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

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

1) bilancio preventivo annuale e relative variazioni;

2) bilancio pluriennale di previsione;

3) bilancio di esercizio;

4) istituzione di nuovi servizi;

5) proposta di copertura delle perdite e per il riequilibrio della situazione economica;

6) dotazione organica complessiva del personale;

7) deliberazioni di programmi di spesa pluriennali, con esclusivo riferimento alle spese di investimento. Non sono considerati impegni pluriennali quelli riferiti a spese il cui impegno non ecceda i dodici mesi;

b) l'attività ispettiva, di vigilanza e di controllo ai sensi della legge 26 aprile 1982, n. 181 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 1982);

c) la nomina, previa diffida a provvedere entro il termine di trenta giorni, di commissari ad acta per i provvedimenti non adottati entro i termini stabiliti e le modalità prescritte per legge e per atti amministrativi di programmazione generale.

2. Il termine per l'esercizio del controllo sugli atti delle aziende sanitarie regionali è di quaranta giorni dal ricevimento dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

3. Nel caso di mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 2, l'atto soggetto a controllo si intende approvato.

4. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1° al 31 agosto e dal 23 dicembre al 6 gennaio di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza.

5. Le modalità per l'esercizio del controllo sugli atti delle Aziende sanitarie sono disciplinate dal Reg. reg. 17 gennaio 2006, n. 1 (Modalità di esercizio del controllo regionale sugli atti delle aziende sanitarie).

6. Il controllo sulle deliberazioni del Consiglio di amministrazione dell'Istituto zooprofilattico dell'Umbria e delle Marche, previsto dall'articolo 20 della legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5 (Norme per la organizzazione e la gestione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), viene esercitato dalla Giunta regionale dell'Umbria con le modalità di cui al presente articolo.

7. Gli atti ed i provvedimenti assunti dal direttore generale per le aziende sanitarie regionali e dal consiglio d'amministrazione per l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono pubblicati nel sito istituzionale dell'azienda sanitaria o dell'istituto, secondo le modalità e i limiti previsti dall'ordinamento vigente in materia di pubblicità degli atti. Gli atti non soggetti a controllo sono esecutivi dal giorno della loro pubblicazione nel sito istituzionale, salvo diversa espressa disposizione. L'esecutività degli atti di cui al comma 1, lettera a), è subordinata all'esito positivo del controllo regionale ovvero alla mancata pronuncia della Giunta regionale entro il termine di cui al comma 2.».]. Abrogato.

— Il testo dell'art. 46 della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8, recante "Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli Enti locali territoriali" (pubblicata nel S.O. n. 1 al B.U.R. 21 settembre 2011, n. 41), come abrogato dalla presente legge, è il seguente:

«[Art. 46

Commissioni di vigilanza.

1. I dirigenti medici dei Dipartimenti di igiene e prevenzione delle Aziende unità sanità locali dei Servizi di igiene e sanità pubblica e igiene degli alimenti e della nutrizione possono delegare a medici della prevenzione assegnati ai medesimi servizi, i compiti di verifica agli stessi attribuiti nell'ambito delle Commissioni di vigilanza di cui agli articoli 141 e 141-bis del Regio decreto 6 maggio 1940, n. 635. ]». Abrogato.

Note all'art. 62, alinea e parte novellistica:

— Per la legge regionale 16 dicembre 2008, n. 20, si vedano le note all'art. 12, comma 1.

— Per la legge regionale 27 marzo 2000, n. 29, si vedano le note all'art. 12, comma 1.

Nota alla dichiarazione d'urgenza:

— Il testo dell'art. 38, comma 1 della legge regionale 16 aprile 2005, n. 21 (si vedano le note all'art. 1, comma 1), è il seguente:

«Art. 38.

Pubblicazione e comunicazione

1. La legge regionale è pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione entro dieci giorni dalla sua promulgazione da parte del Presidente della Regione ed entra in vigore non prima di quindici giorni dalla sua pubblicazione, salvo che la legge stessa preveda un termine diverso.

Omissis.».



**MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO  
SU SUPPORTO ELETTRONICO E/O SU SUPPORTO CARTACEO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE**

**1. MODALITÀ DI TRASMISSIONE SU SUPPORTO ELETTRONICO.**

I testi in formato elettronico possono essere trasmessi o con floppy-disk o per posta elettronica in formato leggibile da Microsoft WORD in ambiente MS - WINDOWS.

**1.1. Trasmissione mediante supporto rimovibile (floppy-disk 3''/2).**

Il testo in formato elettronico da pubblicare può essere trasmesso alla redazione del *B.U.R.* mediante supporto magnetico rimovibile (floppy-disk).

Il floppy-disk contenente il testo dell'atto da pubblicare e degli eventuali allegati deve essere trasmesso con lo stesso plico contenente il seguente materiale cartaceo:

a) richiesta di pubblicazione, debitamente sottoscritta dal legale rappresentante dell'ente o dal competente funzionario, contenente: indicazione del soggetto emanante, della fonte normativa e/o della motivazione a supporto della richiesta di pubblicazione; attestato di avvenuto pagamento secondo la tariffa in vigore (nel caso l'inserzione sia soggetta al pagamento); dichiarazione di conformità del documento informatico all'originale cartaceo;

b) originale del testo da pubblicare in carta legale (fatte salve le esenzioni di legge) completo di eventuali allegati;

c) in caso di mancato invio dell'attestazione di pagamento, così come previsto alla lett. a), non si darà corso alla pubblicazione.

È consentita la trasmissione su un unico supporto elettronico di più atti destinati alla pubblicazione, purché siano dettagliatamente indicati nella richiesta di cui alla lett. a).

**1.2. Trasmissione mediante posta elettronica.**

Il documento in formato elettronico del testo da pubblicare può essere trasmesso alla redazione del *B.U.R.* mediante posta elettronica. Il messaggio informatico, trasmesso per posta elettronica alla casella postale *bur@regione.umbria.it* deve essere composto da:

a) un corpo del messaggio in cui sono riportate la richiesta di pubblicazione (con le specificazioni indicate al precedente paragrafo 1.1. lett. a) e le modalità utilizzate, o che si intendono utilizzare, per l'invio della documentazione cartacea di cui al successivo paragrafo 1.3.;

b) un allegato del messaggio in cui è contenuto il testo dell'atto da pubblicare comprensivo degli eventuali allegati.

**1.3. Materiale cartaceo correlato al documento informatico trasmesso per posta elettronica.**

Il testo da pubblicare nel *B.U.R.* deve essere trasmesso, oltre che su supporto elettronico secondo le modalità indicate al par. 1.2., anche su supporto cartaceo.

Il materiale cartaceo, che in apposito plico o tramite fax al n. 075/5043472 deve essere trasmesso alla Redazione *B.U.R.*, è il seguente:

a) richiesta di pubblicazione, debitamente sottoscritta dal rappresentante dell'ente o dal competente funzionario, contenente quanto riportato al par. 1.1., lett. a);

b) originale del testo in carta legale (salve le esenzioni di legge) con gli eventuali allegati;

c) dichiarazione di conformità all'originale del documento informatico già trasmesso per posta elettronica o per rete telematica con indicazione della data e dell'ora della avvenuta trasmissione (tale dichiarazione può essere contenuta anche nell'istanza di cui alla precedente lett. a).

**2. TERMINI PER LA PUBBLICAZIONE DEI TESTI SU SUPPORTO ELETTRONICO.**

La regola generale vigente per i termini di pubblicazione dei testi inviati su supporto cartaceo («i testi pervenuti entro le ore 12 del lunedì sono pubblicati nel *B.U.R.* - parte III che esce il martedì della settimana successiva - e parte I - II che esce il mercoledì della settimana successiva») viene confermata anche per quelli inviati mediante posta elettronica.

Per data di invio mediante posta elettronica si intende quella formalmente attestata dalla procedura automatizzata di gestione della casella postale elettronica.

**2.1. Sospensione dei termini per la mancanza di supporto cartaceo.**

La pubblicazione avverrà nei termini temporali suindicati a condizione che il materiale cartaceo di cui al precedente paragrafo 1.3. pervenga alla Redazione *B.U.R.* secondo il seguente schema:

Inoltro elettronico	Consegna cartaceo	Inoltro elettronico	Consegna cartaceo
Lunedì	martedì successivo	Giovedì	lunedì successivo
Martedì	venerdì successivo	Venerdì	lunedì successivo
Mercoledì	venerdì successivo	Sabato e Domenica	lunedì successivo

Il mancato recapito del materiale cartaceo entro le date sopraindicate comporta la *sospensione dei termini di pubblicazione* che decorreranno dalla data di effettiva ricezione del materiale cartaceo.

**2.2. Sospensione dei termini per l'incompatibilità del documento informatico.**

Qualora il documento informatico - trasmesso con floppy-disk o mediante posta elettronica dell'ente emittitore beneficiario della riduzione delle tariffe - sia privo dei requisiti di compatibilità indicati al precedente par. 1., i termini di pubblicazione sono sospesi mediante motivata comunicazione formalmente inviata all'ente emittitore.

La sospensione opera nel periodo intercorrente tra la data della comunicazione di sospensione e la data di ricezione del documento informatico debitamente adeguato dal punto di vista della compatibilità tecnica.

In alternativa è consentito agli enti emittitori di chiedere con apposita istanza di pubblicazione del testo inviato su supporto cartaceo; l'istanza deve contenere gli estremi della avvenuta integrazione del versamento già effettuato (pari alla differenza tra la tariffa ridotta e la tariffa ordinaria di inserzione).

### 3. TRASMISSIONE ESCLUSIVAMENTE CARTACEA.

Questa Amministrazione volendo raggiungere l'obiettivo per una elaborazione elettronica del *B.U.R.*, intende comunque provvedere al recupero elettronico dei testi stessi mediante uno specifico programma di lettura ottica (scanner).

Pertanto i testi di pubblicare, trasmessi unitamente alla richiesta di pubblicazione contenente le specificazioni di cui al precedente paragrafo 1.1, lett. a), devono possedere i seguenti requisiti:

- testo - in forma integrale o per estratto (ove consentito o espressamente richiesto) - in duplice copia di cui una in carta legale (fatte salve le esenzioni di legge) e l'altra su foglio bianco formato uso bollo (in originale o fotocopia) chiaro, nitido, pulito, non intestato e senza righe;
- collocazione fuori dai margini del testo da pubblicare di firme autografe, timbri, loghi o altre segnature;
- utilizzo di un carattere chiaro tondo preferibilmente corpo 10/11, di una spaziatura fra caratteri e interlinee che rispetti lo standard uso bollo, di nastri carbografici per la dattiloscrittura;
- indicazione all'inizio del testo della denominazione dell'ente emittitore e dell'oggetto dell'atto sintetizzato nei dati essenziali;
- inserimento nel testo di un unico atto o avviso; più atti o avvisi possono essere inseriti nello stesso testo se raggruppati per categorie o tipologie omogenee;
- indicazione al termine del testo, nei margini dello stesso, del nominativo a stampa del rappresentante legale o del funzionario competente;
- sottoscrizione del testo fuori dai margini.

### 4. TARIFFE DELLE INSERZIONI.

Le tariffe di pubblicazione sono stabilite annualmente dalla Giunta regionale. Per l'anno 2012, con D.G.R. n. 1258 del 28 ottobre 2011, il costo per ogni rigo dattiloscritto (massimo 60 battute) o frazioni di esso è stato fissato nel modo seguente:

- euro 1,80 + I.V.A. al 20 per cento con invio del testo in formato sia elettronico (floppy disk o posta elettronica) che cartaceo;
- euro 2,40 + I.V.A. al 20 per cento con invio del testo in formato esclusivamente cartaceo.

Nel caso che il testo contenga tabelle o immagini sarà applicata la tariffa a pagina formato A4 (considerando un ingombro pari a 100 righe) nel modo seguente:

- euro 180,00 + I.V.A. al 20 per cento (invio del testo in formato sia elettronico che cartaceo);
- euro 240,00 + I.V.A. al 20 per cento (invio del testo in formato esclusivamente cartaceo).

Il versamento dovrà essere fatto nel c.c. 12236063 intestato: «*Bollettino Ufficiale* Regione Umbria - Palazzo Donini - corso Vannucci, 96 - 06100 Perugia».

Per quanto riguarda la gratuità delle pubblicazioni si fa presente che con la legge regionale 20 dicembre 2000, n. 39, recante «Disciplina della pubblicazione degli atti regionali, del *Bollettino Ufficiale* e delle altre pubblicazioni della Regione» (pubblicata nel *BUR* n. 67 del 27 dicembre 2000), all'art. 3, comma 2, è stato così disposto:

«Il costo delle pubblicazioni richieste dagli organi, uffici ed enti dipendenti o delegati dalla Regione, è a carico della stessa; in tutti gli altri casi le spese sono a carico dell'ente o amministrazione richiedente e si applicano le tariffe di inserzione di cui all'articolo 16».

MODALITÀ TECNICHE PER L'INVIO SU SUPPORTO ELETTRONICO E/O TELEMATICO DEGLI ATTI DESTINATI ALLA PUBBLICAZIONE VALIDE PER I SERVIZI DELLE VARIE DIREZIONI REGIONALI

#### 1. TRASMISSIONE DEGLI ATTI SU SUPPORTO ELETTRONICO.

Gli atti - e i relativi allegati - destinati alla pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale* della Regione giusto quanto disposto con determinazione dirigenziale 13 giugno 2001, n. 5047, devono essere trasmessi alla Direzione - redazione su supporto elettronico oltre che su supporto cartaceo.

I termini entro cui la redazione darà corso alla pubblicazione degli atti, così come stabilito con la L.R. 39/2000, è fissato in gg. 30 dal momento del pervenimento della relativa richiesta.

#### 2. DEROGHE ALLA TRASMISSIONE SU SUPPORTO ELETTRONICO.

Gli atti destinati alla pubblicazione devono essere sempre inviati mediante strumentazione informatica; le deroghe sono consentite esclusivamente per gli allegati agli atti a condizione che gli allegati stessi:

- non siano predisposti dalla struttura che ha redatto l'atto (es.: pareri d'uffici interni o esterni all'ente, atti di altri enti pubblici, atti di privati, altri atti o documenti a questi assimilabili);
- non siano tecnicamente memorizzabili in formato digitale o non siano stati memorizzati in formato digitale (es.: cartografie, planimetrie, disegni o fotografie, altri documenti a questi assimilabili).

Nei casi sopraindicati gli allegati possono essere trasmessi utilizzando il solo supporto cartaceo, in forma grafica compatibile con le caratteristiche tecniche, tipografiche ed editoriali di pubblicazione nel *Bollettino Ufficiale*. Infatti la Giunta regionale intende perseguire l'elaborazione elettronica del *BUR* e provvedere al recupero elettronico dei testi degli allegati cartacei mediante uno specifico programma di lettura e riconoscimento ottico. Pertanto tali documenti (in originale o fotocopia) devono essere redatti in forma grafica nitida e leggibile.

Si fa inoltre presente che eventuali firme autografe, timbrature, loghi o altre segnature collocate entro i margini del testo degli allegati e/o in sovrapposizione allo stesso rendono in taluni casi difficoltoso, in altri impossibile, il recupero elettronico dei testi dei documenti.

Si ricorda che il materiale inviato su supporto elettronico, non ha validità ai fini della pubblicazione, fino a quando non sia giunto presso la redazione l'originale cartaceo.

CATIA BERTINELLI - *Direttore responsabile*

**MODALITÀ DI VENDITA**

Il Bollettino Ufficiale della Regione Umbria è in vendita presso le seguenti rivendite autorizzate:

PERUGIA:	Libreria Betti - via del Sette, 1 Centro Ufficio Buffetti - Ponte San Giovanni via Manzoni 202-204	CORCIANO:	Cartolibreria Tonzani - fraz. Ellera, via Di Vittorio
	Libreria Grande - Ponte San Giovanni via Valtiera 229/L-P	FOLIGNO:	Cartolibreria Luna - via Gramsci, 41 Cartolibreria Mastrangelo - via Monte Soratte, 45 Cartolibreria Leonardo via S. Maria Infraportas, 41
TERNI:	Cartolibreria Luna - corso Vecchio, 268/270 Libreria Nuova - v.le della Stazione, 25	GUALDOTADINO:	Cartolibreria Ascani - via Storelli, 3
ASSISI:	Cartolibreria Marc & Mark - fraz. Rivortorto via Sacro Tugurio	GUBBIO:	Cartolibreria Pierini - via Reposati, 53
CASCIA:	La Matita Cartogadget, v.le Cavour, 23	MAGIONE:	Cartolibreria Moretti - via XX Settembre, 35/A
CITTÀ DI CASTELLO:	Cartoleria F.lli Paci s.n.c. via Piero della Francesca	MARCIANO:	Cartolibreria Il Punto rosso - via Fratelli Ceci, 28
		TODI:	Cartolibreria Linea Ufficio - v.le Tiberina, 21/23
		SPOLETO:	Spocart di Mariani rag. Alberto - via dei Filosofi, 41/a-43

I numeri arretrati non più reperibili presso le librerie sopra indicate, nonché le raccolte di "Leggi e regolamenti" e "Decreti del Presidente della Giunta regionale", possono essere richiesti alla Redazione del Bollettino Ufficiale - Corso Vannucci, 96 (Palazzo Donini) previo versamento del relativo importo sul c.c.p. n. 12236063 intestato al predetto Ufficio.

**PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - 2012 (IVA compresa)**

- A) **Parte I-II (Serie generale) - settimanale** compresi i supplementi ordinari e gli indici:  
 — **annuale** ..... **euro 72,00** — **costo di un fascicolo** (sino a 32 pagine) **euro 1,30**  
 — **semestrale** ..... **euro 41,00**
- B) Supplementi straordinari:  
 — **Abbonamento annuale** **euro 150,00**
- C) **Parte III (Avvisi e concorsi) - settimanale** compresi i supplementi e gli indici:  
 — **annuale** ..... **euro 62,00** — **costo di un fascicolo** (sino a 32 pagine) **euro 1,30**  
 — **semestrale** ..... **euro 32,00**
- D) **Parte IV - (decisioni Comitato di controllo) (sospesa pubblicazione)**  
 — Prezzo dei fascicoli del Bollettino Ufficiale (tutte le parti) superiori alle 32 pagine ..... **euro 0,95**  
**a 16° o frazione**
- Il termine per il rinnovo o la sottoscrizione di nuovi abbonamenti è pertanto fissato come segue:
- entro il 31 gennaio 2012 per gli abbonamenti annuali e per quelli del primo semestre;
  - entro il 30 luglio 2012 per gli abbonamenti del secondo semestre.
- Nel caso di sottoscrizioni effettuate entro le date suindicate saranno inviati, nei limiti delle disponibilità di magazzino, i fascicoli arretrati dell'anno. Eventuali abbonamenti sottoscritti dopo il 31 gennaio 2012 e, in ogni caso, prima del 30 giugno 2012 non danno diritto all'invio dei fascicoli arretrati. Questi potranno eventualmente essere ritirati a cura dell'interessato presso la redazione B.U.R. I versamenti per abbonamenti annuali effettuati dopo il 30 giugno 2012 si considerano validi per l'anno solare successivo, salvo conguaglio. I versamenti per abbonamenti semestrali effettuati dopo il 30 aprile 2012 saranno considerati validi per il semestre successivo.
- La parte V è gratuita e viene inviata agli abbonati alla parte I-II e alle sedi delle organizzazioni che ne facciano richiesta alla Direzione.
- E) **Raccolta di "leggi e regolamenti"** (4 fascicoli trimestrali + indice annuale e coperta per rilegare i fascicoli trim.li)  
 — **abbonamento annuale** ... **euro 30,00** — **costo di un fascicolo trimestrale** ..... **euro 10,00**
- F) **Raccolta di "decreti del Presidente della Giunta regionale"** (2 volumi semestrali)  
 — **abbonamento annuale** ... **euro 40,00** — **costo di un volume semestrale** ..... **euro 22,00**

I versamenti relativi agli abbonamenti vanno effettuati o sul c.c.p. n. 12236063 intestato "Bollettino Ufficiale della Regione Umbria" - Palazzo Donini - corso Vannucci, 96 - 06100 Perugia, specificando l'esatta causale del versamento o con bonifico bancario sul medesimo conto, utilizzando le seguenti coordinate bancarie: IBAN IT 60Y076010300000012236063.

**MODALITÀ E TARIFFE DELLE INSERZIONI - 2012**

Il testo degli avvisi di cui si richiede la pubblicazione deve essere redatto in carta legale, fatte salve le esenzioni di legge.

I testi da pubblicare dovranno pervenire entro le ore **12,00** del lunedì della settimana precedente quella in cui si richiede la pubblicazione.

Unitamente al testo deve essere inviata anche l'attestazione del versamento sul c.c.p. n. 12236063 intestato a "Bollettino Ufficiale della Regione Umbria - Palazzo Donini - corso Vannucci, 96 - Perugia" indicando sede legale; indirizzo; partita IVA e codice fiscale.

Il costo delle inserzioni è fissato per ogni rigo dattiloscritto (massimo 60 battute) o frazioni di esso nel modo seguente:

- **euro 1,80 + IVA al 21%** con invio del testo in formato sia elettronico (floppy disk o posta elettronica) che cartaceo;
- **euro 2,40 + IVA al 21%** con invio del testo in formato esclusivamente cartaceo.

Nel caso che il testo contenga tabelle o immagini sarà applicata la tariffa a pagina formato A4 (considerando un ingombro pari a 100 righe) nel modo seguente:

- **euro 180,00 + IVA al 21%** con invio del testo in formato sia elettronico (floppy disk o posta elettronica) che cartaceo;
- **euro 240,00 + IVA al 21%** con invio del testo in formato esclusivamente cartaceo.

L'invio del testo in formato elettronico deve avvenire previo accordo telefonico con la Redazione alla quale deve comunque essere inviato anche il cartaceo tramite posta, fax o consegna a mano unitamente alla richiesta di pubblicazione contenente la dichiarazione che il testo inviato in forma elettronica è conforme all'originale.

Casella di posta elettronica: **bur@regione.umbria.it** - n. fax: **075 5043472**