

BOZZA DI DISEGNO DI LEGGE

Riforma del sistema sanitario regionale e riorganizzazione sistematica delle norme in materia. Abrogazione della legge regionale 27 luglio 2016, n. 17 (Istituzione dell'Azienda per la tutela della salute (ATS) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5) e alla legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 (Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale) e di ulteriori norme di settore.

TITOLO I

DEL RIORDINO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Articolo 1

Principi e finalità generali

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

- a) garantire il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio regionale;
- b) affermare il diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività alla efficiente ed efficace tutela della salute;
- c) avvicinare sensibilmente al cittadino ed ai territori l'erogazione di tutte le prestazioni socio-sanitarie che non necessitino di percorsi di cura ospedalieri, soprattutto mediante una riorganizzazione complessiva della medicina territoriale;
- d) riorganizzare la rete ospedaliera preservando le strutture utili alla produzione di servizi nei territori ;
- e) definire l'assetto istituzionale e organizzativo delle aziende sanitarie locali avendo riguardo alla particolare conformazione orografica della Sardegna, ai limiti della viabilità ed alle peculiari condizioni demografiche e del tessuto abitativo;
- f) garantire l'uniforme miglioramento della qualità e dell'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- g) adottare il metodo della prevenzione, anche attraverso la promozione di corretti stili di vita con particolare riguardo all'attività motoria, alla pratica sportiva e all'educazione alimentare e ambientale;
- h) integrare forme innovative di assistenza come la telemedicina e favorire una sinergia virtuosa tra medicina del territorio e rete delle farmacie.

Articolo 2

Enti del Sistema Sanitario

1. Il Sistema Sanitario Regionale pubblico è articolato nei seguenti enti di governo:

- a) Azienda Regionale della Salute (ARES);

- b) Aziende Sociosanitarie locali (ASL);
- c) Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS);
- d) Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU) di Cagliari e Sassari;
- e) Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- f) Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS);
- g) Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna (ARPAS).

CAPO I

Ordinamento dell'Azienda Regionale della Salute (ARES)

Articolo 3

Istituzione dell'Azienda Regionale della Salute (ARES)

1. Nel rispetto dei principi e delle finalità di cui all'art. 1, è istituita l'Azienda Regionale della Salute (ARES) per il supporto alla produzione di servizi sanitari e sociosanitari, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'ARES svolge la propria attività nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità.
2. L'Azienda ha sede individuata dalla Giunta regionale, senza maggiori oneri per il bilancio regionale, ubicata in immobili nella disponibilità della Regione o di enti strumentali regionali o di enti del servizio sanitario regionale.
3. L'ARES svolge per le costituenti Aziende socio sanitarie, l'Azienda Ospedaliera Brotzu, l'AREUS e le Aziende Ospedaliero Universitarie di Cagliari e Sassari, le seguenti funzioni in maniera centralizzata:
 - a) centrale di committenza per conto delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Sardegna ai sensi degli articoli 38 e 39 del decreto legislativo n. 50 del 2016 e successive modificazioni ed integrazioni con il coordinamento dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale. Resta salva la facoltà di tutte le Aziende di procedere direttamente nei limiti di quanto previsto dall'articolo 37;
 - b) gestione delle procedure di selezione del personale del servizio sanitario regionale, sulla base alle esigenze rappresentate dalle singole Aziende con il coordinamento dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale;
 - c) gestione delle competenze economiche e della gestione della situazione contributiva e previdenziale del personale delle aziende sanitarie regionali;
 - d) gestione degli aspetti legati al governo delle presenze in servizio del personale;
 - e) omogenizzazione della gestione dei bilanci e della contabilità delle singole aziende;
 - f) omogenizzazione della gestione del patrimonio;
 - g) supporto tecnico all'attività di formazione del personale del servizio sanitario regionale;
 - h) procedure di accreditamento ECM;
 - i) servizi tecnici per la valutazione delle tecnologie sanitarie Health Technology Assessment (HTA);

- j) gestione delle infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
 - k) progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
 - l) gestione della committenza inerente l'acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati sulla base dei piani elaborati dalle Aziende sanitarie;
 - m) gestione degli aspetti economici e giuridici del personale convenzionato.
4. La Giunta regionale determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'ARES, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale che ne verifica l'attuazione ed esercita le attività di vigilanza e controllo.
5. Nelle more dell'espletamento della procedura di evidenza pubblica per l'affidamento del servizio di tesoreria dell'ARES, il medesimo servizio è svolto dall'istituto tesoriere dell'azienda regionale esistente che presenta le migliori condizioni contrattuali.
6. L'ARES nell'interesse della Regione su indicazione dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale può svolgere la funzione di ufficio liquidazione relativamente a tutti i debiti esistenti alla data di costituzione delle nuove Aziende Sanitarie in capo all'ATS nonché di quelli facenti in precedenza capo alle sopresse USL e alle sopresse Aziende Sanitarie. A questo scopo nel bilancio della Regione a decorrere dal 2021 è istituito un apposito capitolo di spesa.

Articolo 4

Organi dell'ARES

1. Sono Organi dell'Azienda Regionale della Salute:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio sindacale.

2. Il Direttore generale è nominato dalla Giunta Regionale su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale in conformità ai requisiti e alle modalità per la nomina dei direttori generali delle Aziende Sociosanitarie locali.

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

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

5. Il Direttore generale esercita i propri compiti direttamente o mediante delega secondo le previsioni dell'Atto aziendale, elaborato sulla base delle linee guida stabilite dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui al comma 2 del presente articolo, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore amministrativo.

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

- a) adozione dell'Atto aziendale;
- b) nomina e revoca del Direttore amministrativo;

- c) nomina dei componenti del Collegio sindacale ai sensi della vigente normativa regionale in materia di Aziende Sociosanitarie locali;
- d) nomina dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- e) nomina dei responsabili delle strutture dell'Azienda e conferimento, sospensione e revoca degli incarichi;
- f) regolamenti di organizzazione, funzionamento e proposta di dotazione organica dell'ARES;
- g) atti di bilancio;
- h) atti vincolanti il patrimonio e il bilancio per più di cinque anni previamente autorizzati dalla Giunta regionale;
- i) ogni altro atto necessario al funzionamento dell'Azienda in conformità a quanto stabilito da leggi regionali e delibere di Giunta regionale.

7. Il Direttore generale redige la relazione annuale sull'andamento della gestione dell'Azienda e la presenta all'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

8. Il Collegio sindacale è composto da tre membri nominati dal Direttore generale e designati uno dal Presidente della Regione, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della Salute.

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

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

11. Il Collegio sindacale:

- a) esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- b) vigila sull'osservanza delle disposizioni normative vigenti;
- c) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- d) accerta trimestralmente la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione e custodia.

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

Articolo 5

Personale dell'ARES

1. L'Azienda Regionale della Salute è dotata di personale proprio. La dotazione organica iniziale è garantita mediante l'acquisizione del personale dell'ATS in liquidazione e dagli altri enti del servizio sanitario regionale, o assunto direttamente mediante procedura concorsuale, qualora le professionalità richieste non siano reperibili presso gli enti suindicati, previa autorizzazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

2. Al personale di cui al primo comma si applica la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del servizio sanitario nazionale e il piano delle assunzioni viene approvato dalla Giunta regionale su proposta dall'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

4. La dotazione organica definitiva dell'ARES è approvata dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

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

Articolo 6

Bilancio dell'ARES

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

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

3. Il bilancio preventivo annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio sono deliberati nei termini previsti dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

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

Articolo 7

Libri obbligatori dell'ARES

1. Sono obbligatori i seguenti libri:

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

CAPO II

Ordinamento delle Aziende Sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale

Articolo 8

Istituzione delle Aziende Sociosanitarie locali (ASL)

1. Le Aziende Sociosanitarie Locali (ASL) assicurano, attraverso servizi direttamente gestiti, l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dalla presente legge in ordine alle altre strutture di cui all'articolo 2.

2. Le ASL hanno personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono disciplinati dall'atto aziendale, di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni. L'atto aziendale individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei

relativi responsabili e disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto sociosanitario.

Sono istituite le seguenti ASL i cui ambiti territoriali sono coincidenti con quelli delle otto aziende sanitarie locali oggetto di incorporazione ai sensi dell'articolo 1, comma 3 delle abrogate legge regionale 28 luglio 2006, numero10:

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

3. L'Azienda Sociosanitaria Locale n. 8 di Cagliari ha competenza anche per il territorio della Città metropolitana di Cagliari.

4. In relazione sia a particolari condizioni geomorfologiche e demografiche, sia alla dislocazione nel territorio delle strutture e dei servizi sanitari gli ambiti territoriali delle ASL possono essere modificati con deliberazione della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore regionale dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza, acquisito il parere favorevole della competente commissione Consiliare.

5. Le Aziende di cui al comma 2 e quella di cui all'articolo 3 sono costituite a decorrere dal 01.01.2021 con singole deliberazioni contestuali della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, con le quali sono inoltre individuate le sedi legali delle aziende sanitarie.

Articolo 9

Organi delle Aziende Sanitarie

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

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

2. Sono organi delle Aziende ospedaliero universitarie:

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

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

Articolo 10

Direttore Generale

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

2. I direttori generali sono nominati con deliberazione della Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero all'elenco nazionale di cui al D.lgs. 4 agosto 2016, n. 171.

3. Ai fini di cui al precedente comma 2, la Regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul sito internet istituzionale l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti negli elenchi degli idonei. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, composta da tre esperti nominati dal Presidente della Regione, di cui due sulla base di terne di nomi rispettivamente formulate:

a) da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

b) dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

4. La commissione, presieduta dal componente individuato direttamente dal Presidente della regione, propone all'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto dalla Giunta regionale quello che presenta requisiti maggiormente coerenti con le caratteristiche dell'incarico da attribuire. Nella rosa proposta non possono essere inseriti coloro che abbiano ricoperto l'incarico di direttore generale, per due volte consecutive, presso la medesima azienda sanitaria locale, la medesima azienda ospedaliera o il medesimo ente del Servizio sanitario regionale.

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

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

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

8. Ove ricorrano gravi motivi, la Giunta regionale può disporre la sospensione cautelare del direttore generale dall'incarico, per un periodo di tempo determinato e di norma non superiore a sessanta giorni; in tal caso può nominare un commissario straordinario, scelto tra il personale con qualifica dirigenziale dell'Amministrazione regionale o delle aziende sanitarie, al quale spetta un'indennità non superiore a quella percepita dal direttore generale.

9. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, verifica i risultati aziendali conseguiti e il

raggiungimento degli obiettivi e, sentito il parere della Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria ovvero, per le aziende ospedaliere e per l'AREUS, della Conferenza permanente Regione-enti locali, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.

10. 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 dell'amministrazione, la Giunta regionale risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione, previo parere della Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. La Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria ovvero, per le aziende ospedaliere e l'Areus, la Conferenza permanente Regione-enti locali, nel caso di manifesta mancata attuazione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale, possono chiedere alla Giunta regionale di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma, ove il contratto stia per scadere.

11. In caso di revoca del direttore generale la Giunta regionale, ove non abbia proceduto alla nomina del nuovo direttore generale, può nominare, per un periodo di tempo non superiore a sessanta giorni, eventualmente prorogabile per una sola volta, un commissario straordinario.

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

13. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge in materia di direttori generali, si applicano, in quanto compatibili, le norme di cui al d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni e integrazioni.

Articolo 11

Direttore Sanitario e Amministrativo

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza stabiliti dalle leggi dello stato, nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, eventualmente anche di altre regioni, appositamente costituiti.

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

Articolo 12

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

1. Gli elenchi regionali degli idonei alle cariche di direttore generale, amministrativo e sanitario sono costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati con apposita deliberazione della Giunta Regionale, da parte di una commissione nominata dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale ed è composta da cinque membri, di cui uno con funzioni di presidente scelto tra magistrati ordinari, amministrativi, contabili e avvocati dello Stato o del libero foro abilitati al patrocinio nanti le magistrature superiori, e quattro esperti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, di quali uno può essere indicato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. I componenti della

commissione possono essere nominati una sola volta e restano in carica per il tempo necessario alla formazione dell'elenco e all'espletamento delle attività connesse e conseguenziali.

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

- a. diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, ovvero laurea specialistica o magistrale;
- b. comprovata esperienza nella qualifica di dirigente, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato;
- c. attestato rilasciato all'esito del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria o equipollente, esclusivamente per l'elenco degli idonei alla carica di direttore generale; master o specializzazione di livello universitario in materia di sanità pubblica veterinaria o igiene e sicurezza degli alimenti esclusivamente per il direttore generale dell'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna;
- d. di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla Giunta regionale.

3. I corsi di cui alla lettera c) del comma 2 sono organizzati e attivati con periodicità almeno biennale dalla Regione, anche in ambito interregionale o avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, operanti nel campo della formazione manageriale.

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

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

Articolo 13

Collegio Sindacale delle aziende ed enti del Servizio sanitario regionale

1. Il collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce, almeno trimestralmente alla regione e comunque ogniqualvolta essa lo richieda, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda sociosanitaria locale o dell'azienda ospedaliera o dell'ente del

servizio sanitario regionale rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

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

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

4. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, 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.

Articolo 14

Collegio di direzione

1. Gli atti aziendali stabiliscono la composizione e le attribuzioni del Collegio di direzione sulla base degli indirizzi regionali di cui al comma 3 dell'articolo 15, prevedendo la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda compreso il personale sanitario convenzionato, i raccordi con gli organi aziendali, la sua partecipazione all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale, nonché il suo potere di proposta sulle modalità ottimali per:

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

Articolo 15

Atto Aziendale delle ASL e degli enti del servizio sanitario regionale

1. L'atto aziendale di cui al comma 2 dell'articolo 8 è adottato o modificato dal direttore generale, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria, di cui all'articolo 32, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, predisposti dalla Giunta regionale previo parere della Commissione consiliare competente.

2. Il direttore generale trasmette l'atto aziendale alla Giunta regionale per la verifica di conformità agli indirizzi di cui al comma 1; ove la Giunta regionale si pronunci nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni; se la verifica è ancora negativa, la Giunta regionale può revocare il direttore generale oppure nominare un commissario ad acta.

3. Gli indirizzi di cui al comma 1 forniscono in particolare elementi per:

- a) la valorizzazione del coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività;

b) la valorizzazione delle ASL quali elementi costitutivi e strumenti operativi del servizio sanitario regionale all'interno del quale cooperano per la realizzazione degli obiettivi di salute;

c) la definizione di un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti;

d) la specificazione delle funzioni della direzione aziendale, affiancata dai direttori di distretto socio-sanitario, alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al Titolo IV;

e) la specificazione delle principali funzioni del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del direttore dei servizi sociosanitari, del direttore di presidio ospedaliero, del direttore di dipartimento, del direttore di distretto socio-sanitario, dei direttori dei servizi delle professioni sanitarie di cui alla Legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), del collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche ed integrazioni, del consiglio delle professioni sanitarie;

f) la scelta del dipartimento come modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende, dotato di autonomia tecnico-professionale, nonché di autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti;

g) la definizione degli organi del dipartimento:

I) un direttore, nominato dal direttore generale sulla base di una rosa di candidati selezionata dal comitato di dipartimento, per la durata di tre anni rinnovabili una sola volta, che ha la gestione complessiva del budget, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, è garante della continuità assistenziale e della qualità dell'assistenza e ne assicura la verifica e il miglioramento continuo, promuove l'aggiornamento continuo tecnico scientifico del personale, rimane titolare della struttura complessa cui è preposto e conserva le funzioni assistenziali;

II) il comitato di dipartimento, composto dai responsabili delle strutture che vi afferiscono e da una quota di componenti elettivi, individuati tra le professionalità presenti all'interno del dipartimento, il quale concorre alla definizione del programma d'attività ed alla verifica degli obiettivi;

h) l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;

i) le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;

l) la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza;

m) le modalità di raccordo con l'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente della Sardegna (ARPAS) e con l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna;

CAPO III

Ordinamento dell'Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" (ARNAS)

Articolo 16

Disposizioni sull'ARNAS "G. Brotzu"

1. L'azienda ospedaliera di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G. Brotzu" di cui all'articolo 2, primo comma, lettera c) e gli istituti di cui al comma 2 del medesimo articolo sono disciplinati in analogia, per quanto applicabile, con le ASL; la Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tali aziende e istituti in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali ai sensi dell'articolo 15.
2. Il direttore generale adotta l'atto aziendale a seguito del parere della Conferenza permanente regione enti locali entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, previo parere della commissione regionale competente.
3. Il direttore generale trasmette all'atto aziendale alla Giunta regionale per la verifica di conformità agli indirizzi di cui al comma 1, ove la Giunta si pronuncerà nel senso della non conformità si applicano le disposizioni di cui all'articolo 15 comma 2.

CAPO IV

Ordinamento delle Aziende Ospedaliero Universitarie (AOU)

Articolo 17

Disposizioni sulle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)

1. Le aziende ospedaliero-universitarie sono disciplinate sulla base dei principi fondamentali contenuti nel Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 e successive modifiche e integrazioni. La Giunta regionale tiene conto delle finalità istituzionali e delle peculiarità organizzative di tali aziende in sede di predisposizione degli indirizzi per gli atti aziendali.
2. Gli indirizzi relativi agli atti aziendali delle aziende ospedaliero-universitarie sono predisposti dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, previo parere della Commissione consiliare competente.
3. Il direttore generale adotta l'atto aziendale dell'azienda ospedaliero-universitaria previa intesa con il rettore dell'università interessata, in relazione ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture complesse a direzione universitaria previo parere della Conferenza permanente Regione Enti locali; l'atto aziendale disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'azienda nel rispetto di quanto stabilito, limitatamente ai profili concernenti l'integrazione tra attività assistenziali e funzioni di didattica e di ricerca, dai protocolli d'intesa stipulati dalla Regione con le università ubicate nel proprio territorio, ai sensi del comma 2 dell'articolo 1 del decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517 e successive modifiche e integrazioni .
4. Il direttore generale trasmette, entro quindici giorni, copia degli atti aziendali alla Giunta Regionale per il tramite dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, al fine della verifica di conformità rispetto agli indirizzi fissati. Ove la Giunta regionale si pronuncerà nel senso della non conformità, il direttore generale sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi trenta giorni; se la verifica è ancora negativa, il Presidente della Regione, sentito il Rettore dell'Università interessata, può revocare il direttore generale oppure nominare un commissario ad acta.

5. L'apporto economico-finanziario dell'università e della Regione all'azienda ospedaliero-universitaria avviene secondo le modalità stabilite dall'articolo 7 e dal comma 7 dell'articolo 8 del decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517 e successive modifiche e integrazioni.

CAPO V

Ordinamento dell'Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS)

Articolo 18

Azienda regionale di emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS)

1. L'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS), dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile ha l'obiettivo di garantire, gestire e rendere omogeneo, nel territorio della Regione, il soccorso sanitario di emergenza-urgenza territoriale.
2. L'AREUS rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, garantisce su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale delle funzioni a rete relative all'indirizzo, al coordinamento e al monitoraggio dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera, il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati, il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti, il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici disciplinati dalla Regione anche finalizzati al rientro nel territorio regionale per il completamento delle cure, nonché le ulteriori funzioni assegnate dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale. Sono in capo all'AREUS le attività di individuazione degli operatori da adibire all'attività di soccorso sanitario extra-ospedaliero ed i relativi controlli.

Articolo 19

Numero Unico di Emergenza (NUE) 112 e numero per le cure non urgenti 116117

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

Articolo 20

Organi dell'Areus

1. Sono organi dell'Azienda:

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

2. Il direttore generale, nominato secondo le disposizioni di cui all'articolo 10, per lo svolgimento delle sue funzioni, è coadiuvato da un direttore sanitario e un direttore amministrativo. Al direttore sanitario e al direttore amministrativo si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni previste per le medesime figure professionali nelle ASL.

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

CAPO VI

Ordinamento degli Organismi aziendali consultivi e status della dirigenza sanitaria

Articolo 21

Consiglio delle professioni sanitarie

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

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

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

4. La composizione del Consiglio delle professioni sanitarie, formato da un numero minimo di 10 componenti ad un numero massimo di 20, è determinata dall'atto aziendale; in ogni caso:

a) il 40 per cento dei componenti sono rappresentativi della componente medica ospedaliera;

b) il 30 per cento deve rappresentare la componente medica extraospedaliera, in particolare i dipartimenti di prevenzione e della emergenza-urgenza, i medici di medicina generale e della continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali, i veterinari; la proporzione tra le varie componenti è stabilita dall'atto aziendale;

c) il restante 30 per cento deve rappresentare gli altri laureati del ruolo sanitario, il personale infermieristico, il personale tecnico sanitario, eletti tra i dirigenti;

d) fanno parte di diritto del Consiglio delle professioni sanitarie il direttore sanitario che lo presiede e, senza diritto di voto, il presidente dell'Ordine dei medici o un suo delegato.

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

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

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

Articolo 22

Dirigenza del ruolo sanitario

1. La dirigenza del ruolo sanitario ha rapporto di lavoro esclusivo, fatto salvo quanto disposto dall'articolo 15 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, ed avuto riguardo al principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 2 septies del decreto legge 29 marzo 2004, n. 81 (Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica), convertito, con modificazioni, dalla Legge 26 maggio 2004, n. 138.

2. L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti del ruolo sanitario di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, nonché di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo del 21 dicembre 1999, n. 517 e successive modifiche e integrazioni.

La validità dei contratti individuali relativi a tali incarichi, operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.

TITOLO II

DELLA TUTELA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE DEL CITTADINO

CAPO I

Prestazioni Sanitarie

Articolo 23

Tutela del diritto del cittadino alla salute e al benessere

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

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

2. Nelle aziende sanitarie sono istituiti:

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

Articolo 24

Erogazione delle prestazioni sanitarie

1. L'esercizio di attività sanitarie da parte di strutture pubbliche o private è disciplinato dai principi tratti dagli articoli 8, 8 bis, 8 ter, 8 quater e 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, dalle disposizioni della presente legge e dalle disposizioni adottate dalla Giunta regionale ai sensi del successivo articolo 25.

2. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie sono subordinati alle relative autorizzazioni, ai sensi degli articoli 25 e 26. L'esercizio di attività sanitarie per conto del SSR è subordinato all'accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 27. La remunerazione delle attività svolte dalle strutture e dai soggetti accreditati è subordinata alla definizione degli accordi e alla stipulazione dei rapporti contrattuali ai sensi dell'articolo 28.

3. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il SSR è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni. Le attività dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, delle farmacie pubbliche e private, nonché dei professionisti di cui al comma 2 bis dell'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, sono raccordate con le attività e le funzioni delle ASL, di regola a livello distrettuale.

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

Articolo 25

Autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie

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

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

Articolo 26

Autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie

1. La Giunta regionale stabilisce e aggiorna, con propria deliberazione, i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sulla base dei principi e dei criteri direttivi contenuti nel comma 4 dell'articolo 8 del decreto

legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, definendo altresì la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi, nonché le modalità e i termini per la richiesta dell'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie.

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

a) ai comuni, con facoltà di avvalersi delle ASL, per quanto concerne le strutture, gestite sia da persona fisica che giuridica, che erogano prestazioni di assistenza specialistica, compresa l'attività di diagnostica per immagini limitatamente alla diagnostica non differibile, complementare al trattamento, esclusa pertanto la refertazione singola (D.Lgs 26.05.2000, n. 187, art. 7, comma 4), in regime ambulatoriale e gli studi professionali singoli e associati.

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

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

4. Il Nucleo tecnico per le autorizzazioni e gli accreditamenti è l'Organismo Tecnicamente Accreditante (OTA) per le strutture sanitarie e socio sanitarie della Regione Sardegna. Il Nucleo tecnico opera sulla base dei criteri per il funzionamento degli Organismi tecnicamente Accreditanti (OTA) di cui alle Intese tra il Governo, le Regioni e le Province autonome in materia di adempimenti relativi all'accREDITAMENTO delle strutture sanitarie del 20.12.2012 (Rep. Atti n. 259/CSR) e del 18.02.2015 (Rep. Atti 32/CRS).

Articolo 19

Articolo 27

AccREDITAMENTO istituzionale

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

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

2. Le strutture che chiedono l'accREDITAMENTO devono assicurare forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla definizione dell'accessibilità dei medesimi e alla verifica dell'attività svolta, un'adeguata dotazione quantitativa e la qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato, la partecipazione della struttura stessa a programmi di accREDITAMENTO professionale tra pari, la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate, il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa per il personale comunque impiegato.

Articolo 28

Accordi e contratti

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

TITOLO III

DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

CAPO I

Articolo 29

Programmazione sanitaria regionale

1. Il Piano regionale dei servizi sanitari ha durata triennale e rappresenta il piano strategico degli interventi di carattere generale per il perseguimento degli obiettivi di salute e di qualità del SSR al fine di soddisfare le esigenze specifiche della realtà regionale, anche con riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale.
2. La proposta di Piano regionale dei servizi sanitari, predisposta dall'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale ed approvata dalla Giunta regionale, è presentata al Consiglio regionale, entro il 30 giugno dell'ultimo anno di vigenza del piano in scadenza; il Consiglio regionale approva il piano dei servizi sanitari entro il successivo 31 ottobre. Spetta alla Giunta regionale approvare gli atti che costituiscono attuazione del Piano dei servizi sanitari.
3. Nella predisposizione della proposta di piano di cui al comma 1, l'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale promuove una larga consultazione della comunità regionale, secondo i principi stabiliti dalla presente legge.
4. La Giunta regionale può presentare al Consiglio regionale una proposta di adeguamento del piano tenuto conto di eventuali priorità emergenti. La proposta di adeguamento è approvata con le modalità di cui al comma 2.
5. Il piano regionale dei servizi sanitari:
 - a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio con particolare riguardo alle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
 - b) indica le aree prioritarie di intervento ai fini del raggiungimento di obiettivi di salute, anche attraverso la predisposizione di progetti obiettivo;
 - c) individua gli strumenti finalizzati ad orientare il SSR verso il miglioramento della qualità dell'assistenza;
 - d) fornisce indirizzi relativi alla formazione ed alla valorizzazione delle risorse umane;
 - e) indica le risorse disponibili e le attività da sviluppare;
 - f) fornisce criteri per l'organizzazione in rete dei servizi sanitari;

g) definisce le linee guida per la definizione della rete ospedaliera riguardo alla distribuzione dell'offerta dei posti letto pubblici e privati fra le aziende sociosanitarie locali e ospedaliere, alla presenza nelle aziende sanitarie delle diverse discipline, nonché all'individuazione dei centri di riferimento di livello regionale;

h) individua le priorità e gli obiettivi per la programmazione attuativa locale.

Articolo 30

Programmazione sanitaria e sociosanitaria locale

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

2. La Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, sulla base della programmazione regionale degli obiettivi di cui alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 31, nonché del Piano locale unitario dei servizi (PLUS), ove adottato, verifica entro il 30 giugno di ogni anno il raggiungimento degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione attuativa locale; entro il 30 giugno del terzo anno di vigenza del PLUS, la Conferenza delibera gli indirizzi per la nuova programmazione locale tenendo conto delle conseguenze finanziarie per l'azienda sanitaria locale e per gli altri soggetti sottoscrittori del PLUS.

3. Sulla base degli indirizzi di cui al comma 2 e contestualmente all'adozione del bilancio di previsione, il direttore generale adotta, entro il 15 novembre di ogni anno, il programma sanitario annuale ed il programma sanitario triennale, con allegato il programma degli investimenti di cui all'articolo 14 della Legge 11 febbraio 1994, n. 109 (Legge quadro in materia di lavori pubblici) e successive modificazioni. Nelle relative delibere di adozione il direttore generale espone le ragioni che hanno eventualmente indotto a discostarsi dai pareri espressi dalla Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria.

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

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

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

Articolo 31

Integrazione sociosanitaria

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali in ambito regionale, attraverso l'adozione del piano dei servizi sanitari e del piano dei servizi sociali e, in ambito locale, mediante il PLUS di cui all'articolo 20 della legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23.

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

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

a) supporta la direzione generale e le direzioni distrettuali per l'integrazione dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari;

b) è preposto al coordinamento funzionale delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria dell'azienda;

c) partecipa alla programmazione, alla definizione ed alla realizzazione del PLUS.

4. Le ASL partecipano alla definizione del PLUS di riferimento con il direttore generale ovvero con il direttore dei servizi sociosanitari e con il direttore del distretto.

Articolo 32

Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria

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

2. La Conferenza territoriale sanitaria e sociosanitaria:

a) esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle ASL, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al direttore generale ed alla Regione;

b) esprime parere obbligatorio non vincolante sull'atto aziendale e sulle modifiche dello stesso, sul programma sanitario annuale e sul programma sanitario triennale delle ASL, sui bilanci annuale e pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio;

c) valuta, entro il 30 giugno di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale;

d) esprime il parere previsto dal comma 9 dell'articolo 10.

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

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

Articolo 33

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

1. La Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'Assistenza sociale:

a) definisce in via preventiva gli obiettivi generali dell'attività dei direttori generali, in coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale;

b) assegna, sulla base della programmazione regionale e aziendale, a ciascun direttore generale, all'atto della nomina e successivamente con cadenza annuale, gli specifici obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse;

c) stabilisce i criteri e i parametri per le valutazioni e le verifiche relative al raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b), nonché il raccordo tra queste e il trattamento economico aggiuntivo dei direttori

generali, a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 luglio 1995, n. 502 e successive modifiche e integrazioni.

2. Le funzioni di supporto metodologico e tecnico-scientifico all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale per lo svolgimento delle attività di cui al comma 1 possono essere svolte dall'Azienda Regionale della Salute (ARES).

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

Articolo 34

Servizi sanitari e sociosanitari del territorio

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

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

a) dipartimento di prevenzione, articolato ai sensi del comma 2 dell'articolo 7 quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni;

b) dipartimento della salute mentale.

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

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

5. Il distretto territoriale, diretto da un responsabile nominato ai sensi del comma 3 dell'articolo 3 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio ed assicura:

a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;

b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;

c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;

d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;

e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria nonché di informazione agli utenti;

- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g) l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.
6. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.
7. Il direttore generale dell'ASL, sentita la Conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, individua i distretti e le eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali, sulla base dei criteri indicati negli indirizzi regionali, i quali tengono conto delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della densità della popolazione residente nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. Il direttore generale trasmette all'Assessorato dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale i provvedimenti conseguenti entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi per la verifica di conformità. Trascorsi sessanta giorni dall'adozione degli indirizzi regionali ovvero dalla rilevazione della non conformità della proposta del direttore generale, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, procede alla individuazione dei distretti e delle eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali.
8. In ogni distretto comprendente più comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il comitato di distretto socio-sanitario, composto dai sindaci dei comuni o loro delegati. Ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, fanno parte del comitato di distretto anche i presidenti delle circoscrizioni comprese nel distretto stesso.
9. Il comitato di distretto socio-sanitario elegge al proprio interno il presidente con deliberazione adottata a maggioranza dei componenti; svolge i compiti di cui ai commi 3 e 4 dell'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, ed esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal direttore di distretto e approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il comitato medesimo.
10. Il comitato di distretto socio-sanitario verifica l'andamento delle attività di competenza del distretto e formula al direttore generale dell'azienda sanitaria locale osservazioni e proposte sull'organizzazione e sulla gestione dei servizi e delle strutture di livello distrettuale.
11. Il comitato di distretto socio-sanitario si riunisce obbligatoriamente almeno due volte l'anno, nonché su richiesta del direttore generale dell'azienda sanitaria locale o di almeno un terzo dei componenti il comitato medesimo. L'atto aziendale delle ASL determina le modalità di elezione, convocazione e funzionamento del comitato di distretto.
12. Il direttore generale dell'ASL assicura il coordinamento tra le attività dei distretti e il PLUS avvalendosi per quest'ultimo del direttore dei servizi socio-sanitari.

TITOLO IV

FINANZIAMENTO, GESTIONE E CONTROLLO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

Articolo 35

Finanziamento del servizio sanitario regionale

1. Il finanziamento del servizio sanitario regionale è assicurato dal Fondo sanitario regionale, costituito in sede di bilancio di previsione alla luce del fabbisogno determinato a livello nazionale,

dall'eventuale finanziamento di livelli assistenziali integrativi e aggiuntivi rispetto a quelli essenziali, dal finanziamento dei maggiori oneri derivanti da fattori epidemiologici, dalla morfologia del territorio e dall'insularità, nonché dalle somme necessarie al finanziamento aggiuntivo per la copertura dello squilibrio di bilancio corrente. In presenza di costi sensibilmente superiori ai ricavi, la Giunta regionale su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale dispone un piano di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso, della durata massima di un triennio. Nel computo dei ricavi, ai fini della predisposizione del piano di riorganizzazione, non si tiene conto delle somme necessarie al finanziamento aggiuntivo per la copertura dello squilibrio di bilancio corrente.

2. Nella definizione dei criteri per il finanziamento delle ASL si tiene conto dei seguenti fattori:

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

3. Il finanziamento delle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, è così determinato:

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

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

Articolo 36

Contabilità economico-patrimoniale

1. Il sistema di contabilità delle aziende sanitarie si informa ai principi e alle disposizioni del Codice civile, del titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), e successive modifiche ed integrazioni. Nel rispetto di tale assetto normativo, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, adegua il sistema di contabilità alle esigenze del sistema informativo del servizio sanitario nazionale e regionale nonché alle esigenze poste dal consolidamento della finanza pubblica.

2. Il direttore generale adotta entro il 15 novembre di ogni anno, sulla base del finanziamento come ripartito a norma dell'articolo 26, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, composto dai documenti previsti dall'articolo 25 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni, contestualmente all'adozione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale. Un piano del fabbisogno del personale è inserito come allegato al bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e ne costituisce parte integrante. Gli atti previsti dal presente comma sono trasmessi all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale che provvede alle attività di competenza ai sensi di quanto disposto dal successivo articolo 38.

3. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del servizio sanitario regionale, di cui al comma 2, e il bilancio preventivo economico annuale consolidato del servizio sanitario regionale sono redatti secondo le modalità di cui agli articoli 25 e 32 del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.

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

Articolo 37

Sistema di programmazione e controllo

1. Il sistema di programmazione e controllo si compone dei seguenti strumenti:

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

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

Articolo 38

Controlli regionali

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

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

2. Il controllo previsto nel comma 1 è di merito e consiste nella valutazione della coerenza dell'atto adottato dall'azienda sanitaria rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.
3. Il termine per l'esercizio del controllo previsto nel comma 1 è di quaranta giorni dal ricevimento dell'istanza di controllo dell'atto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.
4. Nel caso di mancata pronuncia entro il termine di cui al comma 3, l'atto soggetto a controllo si intende approvato.
5. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1°(gradi) al 31 agosto di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza specificamente indicate e motivate nell'istanza di controllo.
6. I bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del servizio sanitario regionale e il bilancio preventivo economico annuale consolidato del servizio sanitario regionale sono approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, con le modalità e nei termini di cui all'articolo 32, comma 5, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.
7. I bilanci d'esercizio delle aziende del servizio sanitario regionale e il bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale sono approvati dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, con le modalità e nei termini di cui all'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.
8. I bilanci di cui ai commi 1 e 2 sono pubblicati integralmente sul sito internet istituzionale della Regione nel termine di cui all'articolo 32, commi 5 e 7, del decreto legislativo n. 118 del 2011, e successive modifiche ed integrazioni.
9. Il controllo sui bilanci delle aziende sanitarie è di natura economico-finanziaria e consiste nella valutazione della conformità degli atti alle norme di contabilità.
10. Il controllo previsto nel comma 6 si estende anche al merito e include la valutazione della coerenza dei bilanci preventivi rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto.

TITOLO V

DEGLI INVESTIMENTI STRUTTURALI

CAPO I

RINNOVO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE

Articolo 39

Realizzazione di Nuovi Presidi Ospedalieri

1. La Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone un piano di investimenti straordinari per il rinnovo e la sostituzione delle strutture ospedaliere esistenti mediante la realizzazione di nuovi presidi ospedalieri, di moderna concezione architettonica e funzionale, in grado di realizzare una migliore efficienza ed efficacia delle prestazioni sanitarie.
2. Per le finalità di cui al primo comma, la Giunta individua, in particolare, i presidi ospedalieri da sostituire con nuove strutture e quelli da mantenere in efficienza. Con riferimento a questi ultimi, acquisisce dalle Aziende entro le quali essi ricadono le relazioni tecniche di quantificazione economica degli interventi da realizzare.

Articolo 40

Piano Straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei Presidi Ospedalieri

1. Sulla base dei dati acquisiti ai sensi dell'articolo 41, comma 2, la Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, approva un Piano straordinario di ristrutturazione e manutenzione dei Presidi Ospedalieri, che dia priorità alle seguenti azioni:
 - a) adeguamento delle strutture a norme di legge;
 - b) ammodernamento impiantistico;
 - c) riqualificazione funzionale dei Pronto soccorso;
 - d) riqualificazione funzionale ed estetica e delle restanti aree delle strutture, inclusi gli spazi esterni e comuni;

CAPO II

STRUTTURE AUSILIARIE TERRITORIALI DEL SSR

Articolo 41

Case della salute

1. La Regione, con l'obiettivo di qualificare l'assistenza territoriale al servizio della persona, di integrare i processi di cura e di garantire la continuità assistenziale, individua nella Casa della salute la struttura che raccoglie in un unico spazio l'offerta extraospedaliera del servizio sanitario, integrata con il servizio sociale, in grado di rispondere alla domanda di assistenza di persone e famiglie con bisogni complessi.
2. Le Case della salute operano per conseguire i seguenti obiettivi:
 - a) appropriatezza delle prestazioni attraverso percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, presa in carico globale e orientamento di pazienti e famiglie;
 - b) riconoscibilità e accessibilità dei servizi;
 - c) unitarietà e integrazione dei servizi sanitari e sociali;
 - d) semplificazione nell'accesso ai servizi integrati.

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

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

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

5. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, disciplina funzioni e organizzazione delle Case della salute, prevedendo livelli e tipologie differenziati per la modulazione delle attività di cui al comma 3, in base alle caratteristiche territoriali e alla programmazione delle reti assistenziali, garantendo una localizzazione equilibrata delle strutture in tutto il territorio regionale che tenga conto di quelle già esistenti o previste nei piani approvati, nonché delle forme organizzative delle cure primarie previste dalla normativa vigente.

Articolo 42

Ospedali di comunità

1. Al fine di garantire adeguati livelli di cura per tutte le persone che non abbiano necessità di ricovero in ospedali per acuti, ma che hanno comunque bisogno di un'assistenza sanitaria protetta che non

potrebbero ricevere a domicilio, e limitatamente a periodi di tempo medio-brevi, è istituito l'ospedale di comunità (OsCo) quale presidio di raccordo funzionale tra l'ospedale per acuti e i servizi territoriali.

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

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

Articolo 43

Sperimentazioni gestionali in sanità

1. Con deliberazione della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene e sanità e dell'assistenza sociale, possono essere previste una o più sperimentazioni gestionali, anche pubblico-private. Allo scopo può essere costituita una o più società di capitali.

TITOLO VI

DELLE DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

CAPO I

DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Articolo 44

Amministrazione straordinaria delle Aziende sanitarie

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

2. Per le finalità di cui al comma 1, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede alla nomina di otto commissari straordinari per la definizione dei progetti di realizzazione delle aziende di cui all'articolo 8 e del commissario straordinario per la redazione del progetto di attivazione dell'ARES.

3. Il Commissario straordinario a cui è attribuito il compito di definire il progetto di attivazione dell'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari ha anche l'onere di dirigere l'Azienda per la tutela della Salute di cui all'art. 1 della L.R. 27 luglio 2016, n. 17 fino al 31 dicembre 2020. Gli incarichi di cui trattasi non sono prorogabili.

4. Entro la scadenza del proprio mandato il commissario straordinario dell'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari provvede all'espletamento delle operazioni di liquidazione dell'ATS, disponendo il trasferimento all'Azienda Regionale della Salute (ARES) dei rapporti e degli obblighi amministrativi e

giuridici, attivi e passivi, debitori e creditizi, di carattere finanziario, fiscale o patrimoniale esistenti alla data della cessazione e di tutte le cause pendenti e le pretese in corso o future, nonché del patrimonio, del personale e delle funzioni ad essa facenti capo secondo le disposizioni di cui alla presente legge.

5. I Commissari straordinari, con il coordinamento dell'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, devono provvedere a predisporre, entro il 30 settembre 2020, un piano di riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari secondo le previsioni della presente legge redigendo uno specifico progetto di scorporo, incorporazione e di riconversione al fine di individuare i rami di amministrazione e le attività da trasferire ai costituendi enti di governo del Servizio sanitario regionale di cui alla presente legge.

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

a) Il progetto di scorporo deve, tra l'altro, indicare gli elementi patrimoniali, ivi compresi gli immobili nonché il personale da trasferire ad ogni singola costituenda azienda. Dovrà, inoltre, essere disciplinato il subentro delle singole aziende nei contratti in corso.

b) Per la predisposizione dei progetti di scorporo ogni Commissario straordinario è supportato da massimo cinque collaboratori scelti tra il personale in servizio presso l'Azienda per la tutela della Salute. Ogni Commissario può inoltre farsi supportare da un esperto in materia di organizzazione aziendale reclutato dall'Azienda per la tutela della Salute senza nuovi ed ulteriori costi per il Servizio Sanitario Regionale.

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

d) I commissari straordinari sono scelti in applicazione all'art. 3, comma 2, del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito con modifiche dalla legge 25 giugno 2019, n. 50, e devono possedere i seguenti titoli:

a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2000, n. 2, ovvero laurea specialistica o magistrale;

b) comprovata esperienza nella qualifica di dirigente, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato.

e) La retribuzione dei Commissari Straordinari è pari a euro 85.000,00 onnicomprensivi l'anno. La retribuzione del Commissario dell'Azienda socio sanitaria locale n. 8 di Cagliari è pari a euro 120.000,00 onnicomprensivi l'anno.

f) L'Azienda di cui all'art. 3 e quelle di cui al comma all'art. 8 sono costituite a decorrere dal 01.01.2021 con singole deliberazioni contestuali della Giunta Regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, con le quali sono inoltre individuate le sedi legali delle aziende sanitarie.

g) Dalla data di costituzione, in relazione agli ambiti territoriali di competenza, le Aziende sociosanitarie locali subentrano nei rapporti, nel patrimonio e nelle funzioni in precedenza svolte dall'ATS. Dalla stessa data l'ATS è dichiarata estinta e i relativi organi e l'organismo indipendente di valutazione cessano dalle funzioni.

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

i) Con deliberazione della Giunta regionale, su proposta dell'Assessore dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, acquisito il parere favorevole della competente commissione consiliare, possono essere apportate modifiche alla deliberazione in data 25 ottobre 2017 (pubblicata in data 11.12.2017 sul B.U.R.A.S n. 58), del Consiglio regionale, con la quale è stata approvata "Ridefinizione della rete ospedaliera della Regione Autonoma della Sardegna", per superare le criticità che saranno eventualmente segnalate dai commissari straordinari rilevate dall'Assessorato dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale.

Articolo 45

Sospensione delle procedure sui portali SUAPE e SUS

1. Al fine di dare applicazione alle disposizioni di cui agli art. 26, 27, 28 ed apportare le necessarie modifiche tecniche sui portali SUAPE e SUS (L.R. 20/10/2016, n. 24 Norme sulla qualità della regolazione e di semplificazione dei procedimenti amministrativi, e successive modifiche e integrazioni), per l'aggiornamento delle procedure telematiche di autorizzazione l'attività degli stessi è sospesa per la durata di 90 giorni a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente norma.

CAPO II

DISPOSIZIONI FINALI

Articolo 46

Abrogazioni

1. Sono abrogate:

- a) la legge regionale 27 luglio 2016, n. 17;
- b) la legge regionale 17 novembre 2014, n. 23;
- c) la legge regionale 28 luglio 2006, n. 10.
- d) l'art. 4 della legge regionale 22 dicembre 2014, n. 34.

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

3. I pareri obbligatori previsti dalla presente legge sono resi, salvo diversa previsione, entro trenta giorni dal ricevimento della relativa richiesta; decorso infruttuosamente tale termine, il soggetto richiedente può procedere ugualmente all'adozione dell'atto o provvedimento sul quale è stato richiesto il parere.

Articolo 47

Norma Finanziaria

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

Articolo 48

Entrata in vigore

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