

## Allegato A

**Delimitazione territoriale delle Aziende Sanitarie Territoriali****Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di ANCONA****Comuni:**

Agugliano  
Ancona  
Apiro  
Arcevia  
Barbara  
Belvedere Ostrense  
Camerano  
Camerata Picena  
Castellbellino  
Castelfidardo  
Castelleone di Suasa  
Castelplanio  
Cerreto d'Esi  
Chiaravalle  
Cingoli  
Corinaldo  
Cupramontana  
Fabriano  
Falconara Marittima  
Filottrano  
Genga  
Jesi  
Loreto  
Maiolati Spontini  
Mergo  
Monsano  
Monte Roberto  
Monte San Vito  
Montecarotto  
Montemarciano  
Morro d'Alba  
Numana  
Offagna  
Osimo  
Ostra  
Ostra Vetere  
Poggio San Marcello  
Poggio San Vicino  
Polverigi

Rosora  
San Marcello  
San Paolo di Jesi  
Santa Maria Nuova  
Sassoferrato  
Senigallia  
Serra de' Conti  
Serra San Quirico  
Sirolo  
Staffolo  
Trecastelli

**Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di ASCOLI PICENO**

**Comuni:**

Acquasanta Terme  
Acquaviva Picena  
Appignano del Tronto  
Arquata del Tronto  
Ascoli Piceno  
Carassai  
Castel di Lama  
Castignano  
Castorano  
Colli del Tronto  
Comunanza  
Cossignano  
Cupra Marittima  
Folignano  
Force  
Grottammare  
Maltignano  
Massignano  
Monsampolo del Tronto  
Montalto delle Marche  
Montedinove  
Montefiore dell'Aso  
Montegallo  
Montemonaco  
Monteprandone  
Offida  
Palmiano  
Ripatransone  
Roccafluvione  
Rotella  
San Benedetto del Tronto  
Spinetoli

Venarotta

**Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di FERMO**

**Comuni:**

Altidona  
Amandola  
Belmonte Piceno  
Campofilone  
Falerone  
Fermo  
Francavilla d'Ete  
Grottazzolina  
Lapedona  
Magliano di Tenna  
Massa Fermana  
Monsampietro Morico  
Montappone  
Monte Giberto  
Monte Rinaldo  
Monte San Pietrangeli  
Monte Urano  
Monte Vidon Combatte  
Monte Vidon Corrado  
Montefalcone Appennino  
Montefortino  
Montegiorgio  
Monte granaro  
Monteleone di Fermo  
Montelparo  
Monterubbiano  
Montottone  
Moresco  
Ortezzano  
Pedaso  
Petritoli  
Ponzano di Fermo  
Porto San Giorgio  
Porto Sant'Elpidio  
Rapagnano  
Santa Vittoria in Matenano  
Sant'Elpidio a Mare  
Servigliano  
Smerillo  
Torre San Patrizio

**Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di MACERATA****Comuni:**

Appignano  
Belforte del Chienti  
Bolognola  
Caldarola  
Camerino  
Camporotondo di Fiastrone  
Castelraimondo  
Castelsantangelo sul Nera  
Cessapalombo  
Civitanova Marche  
Colmurano  
Corridonia  
Esanatoglia  
Fiastra  
Fiuminata  
Gagliole  
Gualdo  
Loro Piceno  
Macerata  
Matelica  
Mogliano  
Monte Cavallo  
Monte San Giusto  
Monte San Martino  
Montecassiano  
Montecosaro  
Montefano  
Montelupone  
Morrovalle  
Muccia  
Penna San Giovanni  
Petriolo  
Pieve Torina  
Pioraco  
Pollenza  
Porto Recanati  
Potenza Picena  
Recanati  
Ripe San Ginesio  
San Ginesio  
San Severino Marche  
Sant'Angelo in Pontano  
Sarnano

Sefro  
Serrapetrona  
Serravalle di Chienti  
Tolentino  
Treia  
Urbisaglia  
Ussita  
Valfornace  
Visso

**Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di PESARO URBINO**

**Comuni:**

Acqualagna  
Apecchio  
Belforte all'Isauro  
Borgo Pace  
Cagli  
Cantiano  
Carpegna  
Cartoceto  
Colli al Metauro  
Fano  
Fermignano  
Fossombrone  
Fratte Rosa  
Frontino  
Frontone  
Gabicce Mare  
Gradara  
Isola del Piano  
Lunano  
Macerata Feltria  
Mercatello sul Metauro  
Mercatino Conca  
Mombaroccio  
Mondavio  
Mondolfo  
Monte Cerignone  
Monte Grimano Terme  
Monte Porzio  
Montecalvo in Foglia  
Montefelcino  
Montelabbate  
Peglio

Pergola  
Pesaro  
Petriano  
Piandimeleto  
Pietrarubbia  
Piobbico  
San Costanzo  
San Lorenzo in Campo  
Sant'Angelo In Vado  
Sant'Ippolito  
Sassocorvaro Auditore  
Serra Sant'Abbondio  
Tavoletto  
Tavullia  
Terre Roveresche  
Urbania  
Urbino  
Vallefoglia

AI SENSI DELL'ARTICOLO 5 DELLA LEGGE REGIONALE 28 LUGLIO 2003, N. 17 (NORME IN MATERIA DI ORDINAMENTO DEL BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE E DI DIRITTO ALL'INFORMAZIONE SUGLI ATTI AMMINISTRATIVI), IL TESTO DELLA LEGGE REGIONALE VIENE PUBBLICATO CON L'AGGIUNTA DELLE NOTE. IN APPENDICE ALLA LEGGE REGIONALE, AI SOLI FINI INFORMATIVI, SONO PUBBLICATE LE NOTIZIE RELATIVE AL PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE.

## NOTE

### Note all'art. 6, commi 7 e 8

- Il testo dell'articolo 6 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 6 (*Rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università*) -

1. (*Comma abrogato dall'art. 1, comma 5, del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*)

2. Per soddisfare le specifiche esigenze del Servizio sanitario nazionale, connesse alla formazione degli specializzandi e all'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio sanitario nazionale, le università e le regioni stipulano specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli istituti zooprofilattici sperimentali. Ferma restando la disciplina di cui al decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, sulla formazione specialistica, nelle scuole di specializzazione attivate presso le predette strutture sanitarie in possesso dei requisiti di idoneità di cui all'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 257/1991, la titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata ai dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli d'intesa di cui al comma 1. Ai fini della programmazione del numero degli specialisti da formare, si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, tenendo anche conto delle esigenze conseguenti alle disposizioni sull'accesso alla dirigenza di cui all'articolo 15 del presente decreto. Il diploma di specializzazione conseguito presso le predette scuole è rilasciato a firma del direttore della scuola e del rettore dell'università competente. Sulla base delle esigenze di formazione e di prestazioni rilevate dalla programmazione regionale, analoghe modalità per l'istituzione dei corsi di specializzazione possono essere previste per i presidi ospedalieri delle unità sanitarie locali, le cui strutture siano in

possesso dei requisiti di idoneità previsti dall'articolo 7 del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257.

3. A norma dell'articolo 1, lettera o), della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero presso altre strutture del Servizio sanitario nazionale e istituzioni private accreditate. I requisiti di idoneità e l'accreditamento delle strutture sono disciplinati con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica d'intesa con il Ministro della sanità. Il Ministro della sanità individua con proprio decreto le figure professionali da formare ed i relativi profili. Il relativo ordinamento didattico è definito, ai sensi dell'articolo 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica emanato di concerto con il Ministro della sanità. Per tali finalità le regioni e le università attivano appositi protocolli di intesa per l'espletamento dei corsi di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341. La titolarità dei corsi di insegnamento previsti dall'ordinamento didattico universitario è affidata di norma a personale del ruolo sanitario dipendente dalle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in possesso dei requisiti previsti. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra le università, le aziende ospedaliere, le unità sanitarie locali, le istituzioni pubbliche e private accreditate e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. I diplomi conseguiti sono rilasciati a firma del responsabile del corso e del rettore dell'università competente. L'esame finale, che consiste in una prova scritta ed in una prova pratica, abilita all'esercizio professionale. Nelle commissioni di esame è assicurata la presenza di rappresentanti dei colleghi professionali, ove costituiti. I corsi di studio relativi alle figure professionali individuate ai sensi del presente articolo e previsti dal precedente ordinamento che non siano stati riordinati ai sensi del citato art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341, sono soppressi entro due anni a decorrere dal 1 gennaio 1994, garantendo, comunque, il completamento degli studi agli studenti che si iscrivono entro il predetto termine al primo anno di corso. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, per l'accesso alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento è in ogni caso richiesto il possesso di un diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. Alle scuole ed ai corsi disciplinati dal precedente ordinamento e per il predetto periodo temporale possono accedere gli aspiranti che abbiano superato il primo biennio di scuola secondaria superiore per i posti che non dovessero essere coperti dai soggetti in possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado.

4. In caso di mancata stipula dei protocolli di intesa di cui al presente articolo, entro centoventi giorni dalla costituzione delle nuove unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, previa diffida, gli accordi sono approvati dal Presidente del Consiglio dei ministri su pro-

posta dei Ministri della sanità e dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica.

5. Nelle strutture delle facoltà di medicina e chirurgia il personale laureato medico ed odontoiatra di ruolo, in servizio alla data del 31 ottobre 1992, dell'area tecnico-scientifica e socio-sanitaria, svolge anche le funzioni assistenziali. In tal senso è modificato il contenuto delle attribuzioni dei profili del collaboratore e del funzionario tecnico socio-sanitario in possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia ed in odontoiatria. E' fatto divieto alle università di assumere nei profili indicati i laureati in medicina e chirurgia ed in odontoiatria."

- Il testo del comma 7 dell'articolo 13 della l.r. 21 dicembre 2006, n. 21 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "INRCA" di Ancona), è il seguente:

"Art.13 (*Disposizioni transitorie e finali*) - *Omissis*

7. Il Presidente della Giunta regionale promuove la conclusione di appositi accordi, nelle forme previste dalla normativa vigente, tra la Regione Marche e le Regioni presso cui l'INRCA ha sedi operative per l'applicazione della presente legge e in particolare per l'attuazione della lettera c) del comma 1 dell'articolo 4.

*Omissis*"

#### **Nota all'art. 8, comma 1**

Il testo del comma 2 bis dell'articolo 2 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 2 (*Competenze regionali*) - *Omissis*

2 bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.

*Omissis*"

#### **Nota all'art. 10, comma 1**

Il testo dell'articolo 3 quater del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 3 quater (*Distretto*) -

1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2

sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.

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

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

a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione, garantita anche dalla piena accessibilità ai dati del Servizio sanitario regionale mediante la realizzazione di un sistema informativo integrato senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

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

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale.

4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione."

#### **Nota all'art. 12, commi 1 e 10**

Il testo dell'articolo 14 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 14 (*Diritti dei cittadini*) -

1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le mo-

dalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

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

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

4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.

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

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

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

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

#### **Nota all'art. 14, comma 5**

Il testo dell'articolo 13 della l.r. 1 dicembre 2014, n. 32 (Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia), è il seguente:

"Art. 13 (*Piano sociale regionale*) -

1. Il Piano sociale regionale determina le linee di programmazione sociale nelle materie disciplinate da questa legge e dalle leggi indicate all'articolo 27.

Il Piano in particolare individua:

a) gli obiettivi generali da perseguire e le priorità di intervento, nonché le aree socio-assistenziali oggetto di progetti-obiettivo e di azioni programmatiche;

b) le modalità per il raccordo tra la pianificazione regionale e quella locale e gli indirizzi per l'adozione dei piani di ATS;

c) i criteri per migliorare l'economicità e l'efficienza del sistema attraverso il coordinamento dei soggetti in esso operanti;

d) gli indirizzi e i criteri per la destinazione e il riparto delle risorse finanziarie sulla base del fabbisogno di servizi e dei relativi finanziamenti;

e) le esigenze di formazione, riqualificazione e aggiornamento degli operatori;

f) le modalità di verifica dello stato dei servizi e della qualità degli interventi attraverso il sistema informativo di cui all'articolo 15 e le procedure di ispezione e controllo;

g) i criteri e le modalità per l'assegnazione dei titoli validi per l'acquisizione di servizi sociali di cui all'articolo 19.

2. Il Piano è approvato dall'Assemblea legislativa regionale su proposta della Giunta regionale, ha durata triennale e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo.

3. Le linee di indirizzo della programmazione sociosanitaria nelle materie disciplinate da questa legge e dalle leggi indicate all'articolo 27 sono contenute nel Piano socio-sanitario previsto all'articolo 31 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale), che individua in particolare le modalità di raccordo tra la programmazione distrettuale e la programmazione di ATS.

4. La Giunta regionale approva le linee guida per l'attuazione della pianificazione indicata in questo articolo, sentita la commissione assembleare competente."

#### **Nota all'art. 17, comma 1**

Per il testo dei commi 2 e 3 dell'articolo 3 quater del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nella nota all'articolo 10, comma 1.

#### **Nota all'art. 18, comma 2**

Il testo del comma 4 dell'articolo 1 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 1 (*Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*) - *Omissis*

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

*Omissis*"

#### **Note all'art. 20, comma 2, lett. f) e g)**

- Il testo dell'articolo 24 della l.r. 30 luglio 2021, n. 18 (Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale), è il seguente:

"Art. 24 (*Organismo Interno di Valutazione*) -

1. Allo scopo di verificare l'imparzialità e l'efficienza dell'azione regionale e di sovrintendere al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, è istituito presso la Presidenza della Giunta regionale, l'Organismo Interno di Valutazione (OIV), di cui all'articolo 14 del d.lgs. 150/2009.

2. L'OIV è composto da tre membri esterni all'amministrazione, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati con deliberazione della Giunta regionale.

3. L'OIV dura in carica un triennio, può essere rinnovato una sola volta, ed esercita in particolare le funzioni di:

a) controllo strategico delle attività poste in essere dalla Regione ai sensi del comma 1 dell'articolo 6 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 (Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59);

b) supporto alla Giunta regionale nel processo di valutazione del segretario generale e dei direttori di dipartimento attraverso la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi organizzativi e individuali, nonché supporto al Comitato di coordinamento nel processo di valutazione dei dirigenti di direzione e di settore attraverso la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi organizzativi e individuali;

c) supporto alla Giunta regionale nel processo di valutazione dei direttori delle agenzie regionali attraverso la determinazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati, nonché supporto nel processo di valutazione di cui al comma 1 dell'articolo 3 della legge regionale 18 maggio 2004, n. 13 (Norme concernenti le agenzie, gli enti dipendenti e le aziende operanti in materia di competenza regionale);

d) partecipazione al procedimento di valutazione dei direttori generali degli enti del Servizio Sanitario

regionale di cui all'articolo 2 della l.r. 13/2003. In tale caso è integrato dal segretario generale e da un dirigente delle strutture competenti in materia di sanità;

e) verifica della correttezza metodologica del processo di valutazione.

4. L'incarico di componente dell'OIV è conferito esclusivamente a soggetti di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche, iscritti nell'elenco nazionale dei componenti degli Organismi indipendenti di valutazione di cui al decreto ministeriale 6 agosto 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione pubblica, (Disciplina dell'elenco nazionale dei componenti degli organismi indipendenti di valutazione). Non possono essere nominati i soggetti indicati al comma 8 dell'articolo 14 del d.lgs. 150/2009 nonché coloro che nei cinque anni precedenti la designazione hanno ricoperto tali incarichi. Non possono, altresì, essere nominati, coloro che nei cinque anni precedenti la designazione hanno svolto funzioni di amministratori degli enti, delle agenzie regionali e di società partecipate della Regione e coloro che sono stati dipendenti della Regione.

5. L'OIV opera in modo autonomo e risponde direttamente al Presidente della Giunta.

6. Con deliberazione della Giunta regionale è individuato e assegnato il contingente di personale di cui l'OIV può avvalersi e sono dettate norme per il funzionamento e per i rapporti con le altre strutture della Giunta.”

- Il testo della lettera b) del comma 1 dell'articolo 3 della l.r. 30 luglio 2021, n. 18 (Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale), è il seguente:

“Art. 3 (*Strumenti di programmazione e monitoraggio*) - 1. Al fine del raggiungimento degli obiettivi di questa legge, i seguenti atti sono assunti come strumenti per l'attuazione della programmazione, del monitoraggio dell'attività amministrativa e del miglioramento continuo della performance organizzativa:

*omissis*

b) il programma annuale della digitalizzazione e della semplificazione;

*omissis*”

#### **Note all'art. 20, comma 4, lett. f) e g)**

- Il testo del comma 7 bis dell'articolo 15 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 15 (*Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie*) - *Omissis*

7 bis. Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla

contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

a) la selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario dell'azienda interessata e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del Servizio sanitario nazionale. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati; in caso di parità di voti è eletto il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare. Sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il migliore punteggio, deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale;

c) la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il rettore, sentito il dipartimento universitario competente, ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare;

d) il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì pubblicate sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del direttore generale di cui alla lettera b), terzo periodo. I curricula dei candidati e l'atto motivato di nomina sono pubblicati sul

sito dell'ateneo e dell'azienda ospedaliero-universitaria interessati.

*Omissis*"

- Il testo dell'articolo 20 della l. 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 1988), è il seguente:

"Art. 20 - 1. E' autorizzata l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di euro 34.000 miliardi. Al finanziamento degli interventi si provvede mediante operazioni di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono autorizzate ad effettuare, nel limite del 95 per cento della spesa ammissibile risultante dal progetto, con la BEI, con la Cassa depositi e prestiti e con gli istituti e aziende di credito all'uopo abilitati, secondo modalità e procedure da stabilirsi con decreto del Ministro del tesoro, di concerto con il Ministro della sanità.

2. Il Ministro della sanità, sentito il consiglio sanitario nazionale ed un nucleo di valutazione costituito da tecnici di economia sanitaria, edilizia e tecnologia ospedaliera e di funzioni medico-sanitarie, da istituire con proprio decreto, definisce con altro proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali per la programmazione degli interventi che debbono essere finalizzati ai seguenti obiettivi di massima:

a) riequilibrio territoriale delle strutture, al fine di garantire una idonea capacità di posti letto anche in quelle regioni del Mezzogiorno dove le strutture non sono in grado di soddisfare le domande di ricovero;

b) sostituzione del 20 per cento dei posti letto a più elevato degrado strutturale;

c) ristrutturazione del 30 per cento dei posti letto che presentano carenze strutturali e funzionali suscettibili di integrare recupero con adeguate misure di riadattamento;

d) conservazione in efficienza del restante 50 per cento dei posti letto, la cui funzionalità è ritenuta sufficiente;

e) completamento della rete dei presidi poliambulatoriali extraospedalieri ed ospedalieri diurni con contemporaneo intervento su quelli ubicati in sede ospedaliera secondo le specificazioni di cui alle lettere a), b), c);

f) realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali, per anziani che non possono essere assistiti a domicilio e nelle strutture di cui alla lettera e) e che richiedono trattamenti continui. Tali strutture, di dimensioni adeguate all'ambiente secondo standards che saranno emanati a norma dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, devono essere integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituzioni di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio

di condizioni deteriorate. Dette strutture, sulla base di standards dimensionali, possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti-letto ospedalieri;

g) adeguamento alle norme di sicurezza degli impianti delle strutture sanitarie;

h) potenziamento delle strutture preposte alla prevenzione con particolare riferimento ai laboratori di igiene e profilassi e ai presidi multizonali di prevenzione, agli istituti zooprofilattici sperimentali ed alle strutture di sanità pubblica veterinaria;

i) conservazione all'uso pubblico dei beni dismessi, il cui utilizzo è stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma con propria determinazione.

3. Il secondo decreto di cui al comma 2 definisce modalità di coordinamento in relazione agli interventi nel medesimo settore dell'edilizia sanitaria effettuati dall'Agenzia per gli interventi straordinari nel Mezzogiorno, dal Ministero dei lavori pubblici, dalle università nell'ambito dell'edilizia universitaria ospedaliera e da altre pubbliche amministrazioni, anche a valere sulle risorse del Fondo investimenti e occupazione (FIO).

4. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano predispongono, entro 4 mesi dalla pubblicazione del decreto di cui al comma 3, il programma degli interventi di cui chiedono il finanziamento con la specificazione dei progetti da realizzare. Sulla base dei programmi regionali o provinciali, il Ministro della sanità predispone il programma nazionale che viene sottoposto all'approvazione del CIPE.

5. Entro sessanta giorni dal termine di cui al comma 2, il CIPE determina le quote di mutuo che le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono contrarre nei diversi esercizi. Entro sessanta giorni dalla scadenza dei termini di cui al comma 4 il CIPE approva il programma nazionale di cui al comma medesimo. Per il triennio 1988-1990 il limite massimo complessivo dei mutui resta determinato in lire 10.000 miliardi, in ragione di lire 3.000 miliardi per l'anno 1988 e lire 3.500 miliardi per ciascuno degli anni 1989 e 1990. Le stesse regioni e province autonome di Trento e di Bolzano presentano in successione temporale i progetti suscettibili di immediata realizzazione.

5 bis. Dalla data del 30 novembre 1993, i progetti attuativi del programma di cui al comma 5, con la sola esclusione di quelli già approvati dal CIPE e di quelli già esaminati con esito positivo dal Nucleo di valutazione per gli investimenti pubblici alla data del 30 giugno 1993, per i quali il CIPE autorizza il finanziamento, e di quelli presentati dagli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, sono approvati dai competenti organi regionali, i quali accertano che la progettazione esecutiva, ivi compresa quella delle Università degli studi con policlinici a gestione diretta nonché degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di loro competenza territoriale, sia completa di tutti gli elaborati tecnici idonei a definire nella sua completezza tutti gli elementi ed i particolari costruttivi

vi necessari per l'esecuzione dell'opera; essi accertano altresì la conformità dei progetti esecutivi agli studi di fattibilità approvati dal Ministero della sanità. Inoltre, al fine di evitare sovrapposizioni di interventi, i competenti organi regionali verificano la coerenza con l'attuale programmazione sanitaria. Le regioni, le province autonome e gli enti di cui all'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, presentano al CIPE, in successione temporale, istanza per il finanziamento dei progetti, corredata dai provvedimenti della loro avvenuta approvazione, da un programma temporale di realizzazione, dalla dichiarazione che essi sono redatti nel rispetto delle normative nazionali e regionali sugli standard ammissibili e sulla capacità di offerta necessaria e che sono dotati di copertura per l'intero progetto o per parti funzionali dello stesso.

6. L'onere di ammortamento dei mutui è assunto a carico del bilancio dello Stato ed è iscritto nello stato di previsione del Ministero del tesoro, in ragione di lire 330 miliardi per l'anno 1989 e di lire 715 miliardi per l'anno 1990.

7. Il limite di età per l'accesso ai concorsi banditi dal Servizio sanitario nazionale è elevato, per il personale laureato che partecipi a concorsi del ruolo sanitario, a 38 anni, per un periodo di tre anni a decorrere dal 1 gennaio 1988."

#### Note all'art. 24, commi 1, 4 e 5

- Per il testo del comma 1 bis dell'articolo 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'art. 29, commi 1, 2, 4 e 5.

- Il testo dell'articolo 3 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419), è il seguente:

"Art. 3 (*Organizzazione interna delle aziende*) -

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle aziende di cui all'articolo 2, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. I dipartimenti sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici. I dipartimenti e le strutture interne, complesse e semplici, sono costituite e organizzate in conformità al presente decreto e alla normativa regionale di cui all'art. 8 quater, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 8 quater, comma 3, del medesimo decreto è adottato, per la parte relativa ai dipartimenti ad attività integrata e alle strutture complesse che li costituiscono, relativi alle aziende di cui all'articolo 2, di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica. Le relazioni organizzative e funzionali tra i dipartimenti ad attività integrata

ed i dipartimenti universitari sono stabilite nei protocolli d'intesa tra regione e università interessate.

2. Nell'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono altresì disciplinati, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nei protocolli d'intesa tra regione e università, la costituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata e sono individuate le strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria.

3. L'atto aziendale è adottato dal direttore generale, d'intesa con il rettore dell'università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al comma 2.

4. Il direttore del dipartimento ad attività integrata è nominato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'università. Il direttore del dipartimento è scelto fra i responsabili delle strutture complesse di cui si compone il dipartimento sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

5. Il dipartimento ad attività integrata è organizzato come centro di responsabilità e di costo unitario in modo da garantire unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca, la necessaria flessibilità operativa e individua i servizi che, per motivi di economicità ed efficienza, sono comuni al dipartimento, per quanto riguarda i locali, il personale, le apparecchiature, le strutture di degenza e ambulatoriali. Il direttore del dipartimento ad attività integrata assicura l'utilizzazione delle strutture assistenziali e lo svolgimento delle relative attività da parte del personale universitario ed ospedaliero per scopi di didattica e di ricerca; assume responsabilità di tipo gestionale nei confronti del direttore generale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, tenendo anche conto della necessità di soddisfare le peculiari esigenze connesse alle attività didattiche e scientifiche.

6. Le strutture complesse che compongono i singoli dipartimenti ad attività integrata sono istituite, modificate o soppresse dal direttore generale, con l'atto aziendale di cui al comma 2, in attuazione delle previsioni del Piano sanitario regionale e dei piani attuativi locali, nei limiti dei volumi e delle tipologie della produzione annua assistenziale prevista, nonché delle disponibilità di bilancio, ferma restando la necessaria intesa con il rettore per le strutture qualificate come essenziali ai fini dell'attività di didattica e di ricerca ai sensi dell'articolo 1, comma 2, lettera d).

7. L'atto aziendale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, può prevedere, oltre ai dipartimenti ad attività integrata di cui al presente articolo, la costituzione di dipartimenti assistenziali, ai sensi dell'articolo 17-bis del medesimo decreto, anche nelle aziende di cui all'articolo 2, comma 2, lettera a)."

- Il testo dell'articolo 11 della l.r. 21 dicembre 2006, n. 21 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell'Istituto Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "INRCA" di Ancona), è il seguente:

“Art. 11 (*Regolamento di organizzazione*) -

1. Il regolamento di organizzazione dell'INRCA è adottato dal direttore generale, previo parere del consiglio di indirizzo e verifica di cui all'articolo 4, in attuazione della presente legge, della normativa statale e sulla base degli indirizzi e criteri esplicativi deliberati dalla Giunta regionale.

2. Il regolamento di organizzazione disciplina la composizione e le funzioni di tutti gli organismi dell'INRCA previsti dalla normativa vigente e in particolare:

- a) il Comitato tecnico-scientifico;
- b) il Comitato etico.”

#### **Nota all'art. 25, comma 2**

Il testo dell'articolo 4 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della l. 30 novembre 1998, n. 419), è il seguente.

“Art. 4 (*Organi delle aziende*) -

1. Sono organi delle aziende di cui all'articolo 2:

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

2. Il direttore generale è nominato dalla regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'università. Limitatamente al periodo quadriennale di sperimentazione nelle aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, il direttore generale è nominato dal rettore dell'università, acquisita l'intesa con la regione. I requisiti per la nomina a direttore generale delle aziende di cui all'articolo 2, sono quelli stabiliti nell'articolo 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni; ai direttori generali si applicano gli articoli 3 e seguenti del medesimo decreto legislativo, ove non derogati dal presente decreto. I protocolli d'intesa tra regioni e università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'articolo 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

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

4. L'organo di indirizzo, con riferimento ai dipartimenti ad attività integrata di cui all'articolo 3, ha il compito di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assi-

stenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica delle università e di verificare la corretta attuazione della programmazione. La composizione dell'organo di indirizzo, nel numero massimo di cinque membri, è stabilita nei protocolli d'intesa tra regione e università. L'organo di indirizzo è presieduto da un presidente scelto all'interno del medesimo, nominato dalla regione d'intesa con il rettore. Durante il periodo transitorio, nelle aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale, il presidente è nominato dal rettore d'intesa con la regione. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, durano in carica 4 anni e possono essere confermati. - membro di diritto dell'organo di indirizzo il preside della facoltà di medicina e chirurgia. Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti dell'Azienda, né altri componenti della facoltà di medicina e chirurgia. Il presidente dell'organo di indirizzo lo convoca, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno. Il direttore generale partecipa ai lavori dell'organo di indirizzo, senza diritto di voto.

5. Il collegio di direzione di cui all'articolo 17 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni è composto dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo, dai direttori dei dipartimenti ad attività integrata e dai direttori dei dipartimenti di cui all'articolo 3, comma 7.

6. Agli organi di cui al presente articolo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 19-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.”

#### **Nota all'art. 26, comma 2**

Il testo dell'articolo 2 del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), è il seguente:

“Art. 2 (*Disposizioni relative al conferimento degli incarichi di direttore generale*) -

1. Le regioni nominano direttori generali esclusivamente gli iscritti all'elenco nazionale dei direttori generali di cui all'articolo 1. A tale fine, la regione rende noto, con apposito avviso pubblico, pubblicato sul sito internet istituzionale della regione l'incarico che intende attribuire, ai fini della manifestazione di interesse da parte dei soggetti iscritti nell'elenco nazionale. La valutazione dei candidati per titoli e colloquio è effettuata da una commissione regionale, nominata dal Presidente della Regione, secondo modalità e criteri definiti dalle Regioni, anche tenendo conto di eventuali provvedimenti di accertamento della violazione degli obblighi in materia di trasparenza. La commissione, composta da esperti, indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, e uno dalla regione, senza

nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, propone al presidente della regione una rosa di candidati, nell'ambito dei quali viene scelto 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 nazionale.

2. 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. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, gli obiettivi di trasparenza, finalizzati a rendere i dati pubblicati di immediata comprensione e consultazione per il cittadino, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, da indicare sia in modo aggregato che analitico, tenendo conto dei canoni valutativi di cui al comma 3, e ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. La durata dell'incarico di direttore generale non può essere inferiore a tre anni e superiore a cinque anni. Alla scadenza dell'incarico, ovvero, nelle ipotesi di decadenza e di mancata conferma dell'incarico, le regioni procedono alla nuova nomina, previo espletamento delle procedure di cui presente articolo. La nuova nomina, in caso di decadenza e di mancata conferma, può essere effettuata anche mediante l'utilizzo degli altri nominativi inseriti nella rosa di candidati di cui al comma 1, relativa ad una selezione svolta in una data non antecedente agli ultimi tre anni e purché i candidati inclusi nella predetta rosa risultino ancora inseriti nell'elenco nazionale di cui all'articolo 1. In caso di commissariamento delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale, il commissario è scelto tra i soggetti inseriti nell'elenco nazionale.

3. Al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività, tenendo conto:

a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali;

b) della garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anche attraverso la riduzione delle liste di attesa e la puntuale e corretta trasmissione dei flussi informativi ricompresi nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario, dei risultati del programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'appropriatezza prescrittiva;

c) degli obblighi in materia di trasparenza, con particolare riferimento ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale;

d) degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione vigente.

4. Trascorsi ventiquattro mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione, entro novanta giorni, sentito il parere del sindaco o della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del medesimo decreto legislativo, verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi 2 e 3, e in caso di esito negativo dichiara, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, la decadenza immediata dall'incarico con risoluzione del relativo contratto, in caso di valutazione positiva la Regione procede alla conferma con provvedimento motivato. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale. A fini di monitoraggio, le regioni trasmettono all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali una relazione biennale sulle attività di valutazione dei direttori generali e sui relativi esiti.

5. La regione, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede, entro trenta giorni dall'avvio del procedimento, a risolvere il contratto, dichiarando l'immediata decadenza del direttore generale con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo, se ricorrono gravi e comprovati motivi, o se la gestione presenta una situazione di grave disavanzo imputabile al mancato raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3, o in caso di manifesta violazione di legge o regolamenti o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, nonché di violazione degli obblighi in materia di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97. In tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, com-

ma 2 bis, del medesimo decreto legislativo, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare l'incarico del direttore generale. Quando i procedimenti di valutazione e di decadenza dall'incarico di cui al comma 4 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui al medesimo articolo 2, comma 2 bis, è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

6. E' fatto salvo quanto previsto dall'articolo 52, comma 4, lettera d), della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e dall'articolo 1, commi 534 e 535, della legge 28 dicembre 2015, n. 208.

7. I provvedimenti di decadenza di cui ai commi 4 e 5 e di decadenza automatica di cui al comma 6 sono comunicati al Ministero della salute ai fini della cancellazione dall'elenco nazionale del soggetto decaduto dall'incarico. Fermo restando quanto disposto al comma 6, lettera a), dell'articolo 1, i direttori generali decaduti possono essere reinseriti nell'elenco esclusivamente previa nuova selezione.”

#### **Note all'art. 26, comma 6, lett. a), b) e m)**

- Il testo dell'articolo 3 del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), è il seguente:

“Art. 3 (*Disposizioni per il conferimento dell'incarico di direttore sanitario, direttore amministrativo e, ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale*) -

1. Il direttore generale, nel rispetto dei principi di trasparenza di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, e di cui all'articolo 1, comma 522, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e, ove previsto dalle leggi regionali, il direttore dei servizi socio sanitari, attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti, previo avviso pubblico e selezione per titoli e colloquio, effettuati da una commissione nominata dalla regione, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, e composta da esperti di qualificate istituzioni scientifiche indipendenti che non si trovino in situazioni di conflitto d'interessi, di comprovata professionalità e competenza nelle materie oggetto degli incarichi, di cui uno designato dalla regione. La commissione valuta i titoli formativi e professionali, scientifici e di carriera presentati dai candidati, secondo specifici criteri indicati nell'avviso pubblico, definiti, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con Accordo

in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, fermi restando i requisiti previsti per il direttore amministrativo e il direttore sanitario dall'articolo 3, comma 7, e dall'articolo 3 bis, comma 9, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. L'elenco regionale è aggiornato con cadenza biennale. L'incarico di direttore amministrativo, di direttore sanitario e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, 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, e ove previsto dalle leggi regionali, di direttore dei servizi socio sanitari, con provvedimento motivato e provvede alla sua sostituzione con le procedure di cui al presente articolo.”

- Per il testo del comma 3 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'articolo 28, commi 1 e 3.

- Il testo dell'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, è il seguente:

“Art. 6 (*Piano integrato di attività e organizzazione*) -

1. Per assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso, le pubbliche amministrazioni, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con più di cinquanta dipendenti, entro il 31 gennaio di ogni anno adottano il Piano integrato di attività e organizzazione, di seguito denominato Piano, nel rispetto delle vigenti discipline di settore e, in particolare, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 e della legge 6 novembre 2012, n. 190.

2. Il Piano ha durata triennale, viene aggiornato annualmente e definisce:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi. 3. Il Piano definisce le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione degli utenti stessi mediante gli strumenti di cui al decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, nonché le modalità di monitoraggio dei procedimenti attivati ai sensi del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198.

4. Le pubbliche amministrazioni di cui al comma 1 del presente articolo pubblicano il Piano e i relativi aggiornamenti entro il 31 gennaio di ogni anno nel proprio sito internet istituzionale e li inviano al Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri per la pubblicazione sul relativo portale.

5. Entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al presente articolo. 6. Entro il medesimo termine di cui al comma 5, con decreto del Ministro per la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, è adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni di cui al comma 1. Nel Piano tipo sono definite modalità semplificate per l'adozione del Piano di cui al comma 1 da parte delle amministrazioni con meno di cinquanta dipendenti.

6 bis. In sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 giugno 2022 e fino al predetto termine non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:

a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;

b) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;

c) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

7. In caso di mancata adozione del Piano trovano applicazione le sanzioni di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, ferme restando quelle previste dall'articolo 19, comma 5, lettera b), del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.

7 bis. Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il decreto di cui al comma 6.

8. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo le amministrazioni interessate provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente. Gli enti locali con meno di 15.000 abitanti provvedono al monitoraggio dell'attuazione del presente articolo e al monitoraggio delle performance organizzative anche attraverso l'individuazione di un ufficio associato tra quelli esistenti in ambito provinciale o metropolitano, secondo le indicazioni delle Assemblee dei sindaci o delle Conferenze metropolitane."

#### **Nota all'art. 26, comma 7**

Il testo dell'articolo 46 del d.lgs. 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246), è il seguente:

"Art. 46 (*Rapporto sulla situazione del personale*) - 1. Le aziende pubbliche e private che occupano oltre cinquanta dipendenti sono tenute a redigere un rapporto

ogni due anni sulla situazione del personale maschile e femminile in ognuna delle professioni ed in relazione allo stato di assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli, dei passaggi di categoria o di qualifica, di altri fenomeni di mobilità, dell'intervento della Cassa integrazione guadagni, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti, della retribuzione effettivamente corrisposta.

1 bis. Le aziende pubbliche e private che occupano fino a cinquanta dipendenti possono, su base volontaria, redigere il rapporto di cui al comma 1 con le modalità previste dal presente articolo.

2. Il rapporto di cui al comma 1 è redatto in modalità esclusivamente telematica, attraverso la compilazione di un modello pubblicato nel sito internet istituzionale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e trasmesso alle rappresentanze sindacali aziendali. La consigliera e il consigliere regionale di parità, che accedono attraverso un identificativo univoco ai dati contenuti nei rapporti trasmessi dalle aziende aventi sede legale nel territorio di competenza, elaborano i relativi risultati trasmettendoli alle sedi territoriali dell'Ispettorato nazionale del lavoro, alla consigliera o al consigliere nazionale di parità, al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, al Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri, all'Istituto nazionale di statistica e al Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro. L'accesso attraverso l'identificativo univoco ai dati contenuti nei rapporti è consentito altresì alle consigliere e ai consiglieri di parità delle città metropolitane e degli enti di area vasta di cui alla legge 7 aprile 2014, n. 56, con riferimento alle aziende aventi sede legale nei territori di rispettiva competenza. Il Ministero del lavoro e delle politiche sociali pubblica, in un'apposita sezione del proprio sito internet istituzionale, l'elenco delle aziende che hanno trasmesso il rapporto e l'elenco di quelle che non lo hanno trasmesso.

3. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, con proprio decreto da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, di concerto con il Ministro delegato per le pari opportunità, definisce, ai fini della redazione del rapporto di cui al comma 1:

a) le indicazioni per la redazione del rapporto, che deve in ogni caso indicare il numero dei lavoratori occupati di sesso femminile e di sesso maschile, il numero dei lavoratori di sesso femminile eventualmente in stato di gravidanza, il numero dei lavoratori di sesso femminile e maschile eventualmente assunti nel corso dell'anno, le differenze tra le retribuzioni iniziali dei lavoratori di ciascun sesso, l'inquadramento contrattuale e la funzione svolta da ciascun lavoratore occupato, anche con riferimento alla distribuzione fra i lavoratori dei contratti a tempo pieno e a tempo parziale, nonché l'importo della retribuzione complessiva corrisposta, delle componenti accessorie del salario, delle indennità, anche collegate al risultato, dei bonus e di ogni altro beneficio in natura ovvero di qualsiasi altra erogazione che siano stati

eventualmente riconosciuti a ciascun lavoratore. I dati di cui alla presente lettera non devono indicare l'identità del lavoratore, del quale deve essere specificato solo il sesso. I medesimi dati, sempre specificando il sesso dei lavoratori, possono altresì essere raggruppati per aree omogenee;

b) l'obbligo di inserire nel rapporto informazioni e dati sui processi di selezione in fase di assunzione, sui processi di reclutamento, sulle procedure utilizzate per l'accesso alla qualificazione professionale e alla formazione manageriale, sugli strumenti e sulle misure resi disponibili per promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, sulla presenza di politiche aziendali a garanzia di un ambiente di lavoro inclusivo e rispettoso e sui criteri adottati per le progressioni di carriera;

c) le modalità di accesso al rapporto da parte dei dipendenti e delle rappresentanze sindacali dell'azienda interessata, nel rispetto della tutela dei dati personali, al fine di usufruire della tutela giudiziaria ai sensi del presente decreto.

3 bis. Il decreto di cui al comma 3 definisce altresì le modalità di trasmissione alla consigliera o al consigliere nazionale di parità, entro il 31 dicembre di ogni anno, dell'elenco, redatto su base regionale, delle aziende tenute all'obbligo di cui al comma 1, nonché le modalità di trasmissione alle consigliere e ai consiglieri di parità regionali, delle città metropolitane e degli enti di area vasta di cui alla legge 7 aprile 2014, n. 56, degli elenchi riferiti ai rispettivi territori, entro il 31 dicembre di ogni anno.

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

4 bis. L'Ispettorato nazionale del lavoro, nell'ambito delle sue attività, verifica la veridicità dei rapporti di cui al comma 1. Nel caso di rapporto mendace o incompleto si applica una sanzione amministrativa pecuniaria da 1.000 a 5.000 euro."

#### **Note all'art. 27, commi 1 e 4**

- Il testo dell'articolo 17 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 17 (Collegio di direzione) - 1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disci-

plinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Nelle aziende ospedaliere universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.”

- Per il testo del comma 5 dell'articolo 4 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419), vedi nella nota all'art. 25, comma 2.

#### **Note all'art. 28, commi 1 e 3**

Il testo dell'articolo 3 ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 ter (*Collegio sindacale*) -

1. Il collegio sindacale:

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

b) vigila sull'osservanza della legge;

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

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

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

3. Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal presidente

della giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali. 4. I riferimenti contenuti nella normativa vigente al collegio dei revisori delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere si intendono applicabili al collegio sindacale di cui al presente articolo.”

- Per il testo del comma 3 dell'articolo 4 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della l. 30 novembre 1998, n. 419), vedi nella nota all'articolo 25, comma 2.

- Per il testo del comma 13 dell'articolo 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'art. 29, commi 1, 2, 4 e 5.

#### **Note all'art. 29, commi 1, 2, 4 e 5**

- Il testo dell'articolo 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 (*Organizzazione delle unità sanitarie locali*) -

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4. 1 bis. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica.

1 ter. (*Comma abrogato dall'art. 256, comma 1, del d.lgs. 12 aprile 2006, n. 163*)

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

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

2. *(Comma abrogato dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

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

4. *(Comma abrogato dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

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

a) *(lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

b) *(lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

c) *(lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

d) *(lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

e) *(lettera abrogata dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)*

f) il divieto alle unità sanitarie locali ed alle aziende ospedaliere di cui all'art. 4 di ricorrere a qualsiasi forma di indebitamento, fatte salve:

1) l'anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro;

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

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

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore

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

7. Il direttore sanitario è un medico che, all'atto del conferimento dell'incarico, non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che, all'atto del conferimento dell'incarico, non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere-universitarie di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un uni-

co soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione.

8. (Comma abrogato dall'art. 3, comma 2, del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229)

9. (Comma abrogato dall'art. 23, comma 1, del d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39)

10. (Comma abrogato dall'art. 1, del d.l. 27 agosto 1994, n. 512, conv. dalla l. 590/1994)

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

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

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

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

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

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

13. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle

amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.

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

- Il testo dell'articolo 3 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 3 bis (Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario) -

1. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

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

3. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

4. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

5. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

6. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

7. (Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)

7 bis. L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali

costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso.

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

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

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

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

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

13. *(Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)*

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

15. *(Comma abrogato dall'art. 9, comma 1, del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171)*

- Il testo dell'articolo 3 septies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 septies (*Integrazione sociosanitaria*) -

1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.

4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo

nazionali e regionali.

6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari.

8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3-quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.”

- Il testo degli articoli 1 e 7 del d.p.r. 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), è il seguente:

“Art. 1 (*Requisiti per l'accesso all'incarico di direzione sanitaria aziendale*) -

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

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

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

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

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

ovvero ai medici con una anzianità di servizio di almeno dieci anni.

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

“Art. 7 (*Corsi di formazione manageriale*) -

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

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

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

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

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

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

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

8. Il bando indica l'articolazione del corso, la durata, i contenuti, la metodologia delle attività didattiche, le sessioni, nonché le modalità di ammissione e assegnazione, il periodo di svolgimento, i posti e le sedi del corso. Nelle domande i candidati devono specificare, a pena di decadenza, la sessione e la sede preferita. Per motivate esigenze organizzative o in caso di domande superiori

alla capacità delle strutture didattiche il candidato può essere assegnato ad una sessione o sede diversa da quella prescelta, o alla sessione successiva. L'assegnazione è disposta in base al criterio della precedenza in relazione all'età.

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

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

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

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

- Per il testo del comma 1 dell'articolo 3 del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), vedi nelle note all'art. 26, comma 6, lett. a), b) e m).

#### **Nota all'art. 30, comma 2**

Per il testo del comma 12 dell'articolo 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'art. 29, commi 1, 2, 4 e 5.

#### **Nota all'art. 31, comma 1**

Il testo dell'articolo 3 quinquies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanita-

ria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 quinquies (*Funzioni e risorse del distretto*) -

1. Le regioni disciplinano l'organizzazione del distretto in modo da garantire:

a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;

b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

2. Il distretto garantisce:

a) assistenza specialistica ambulatoriale;

b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;

c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;

d) attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;

e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;

f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

3. Trovano inoltre collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.”

#### **Note all'art. 32, commi 1 e 4**

- Il testo del comma 3 dell'articolo 3 sexies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 sexies (*Direttore di distretto*) - *Omissis*

3. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale a un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'articolo 8, comma 1, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

*Omissis*”

- Il testo del comma 2 dell'articolo 3 sexies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 3 *sexies* (*Direttore di distretto*) - *Omissis*

2. Il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

*Omissis*”

**Note all'art. 33, commi 4 e 11**

- Per il testo dell'articolo 3 del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419), vedi nella nota all'art. 24, commi 1, 4 e 5.

- Per il testo dell'articolo 3 quinquies del d.lgs. 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419), vedi nella nota all'art. 31, comma 1.

**Note all'art. 34, commi 2, 3, 5, lett. b)**

- Il testo dell'articolo 7 ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 7 ter (*Funzioni del dipartimento di prevenzione*) -

1. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza, il dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
  - b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
  - c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
  - d) sanità pubblica veterinaria, che comprende sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie; farmacovigilanza veterinaria; igiene delle produzioni zootecniche; tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
  - e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
  - f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- f bis) tutela della salute nelle attività sportive.

2. Il dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.”

- Il testo dell'articolo 7 bis del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria,

a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 7 bis (*Dipartimento di prevenzione*) -

1. Le regioni disciplinano l'istituzione e l'organizzazione del dipartimento della prevenzione secondo i principi contenuti nelle disposizioni del presente articolo e degli articoli 7 ter e 7 quater. Il dipartimento di prevenzione è struttura operativa dell'unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

2. A tal fine il dipartimento di prevenzione promuove azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività della unità sanitaria locale, formulando proposte d'intervento nelle materie di competenza e indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria.”

- Il testo dell'articolo 7 quater del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 7 quater (*Organizzazione del dipartimento di prevenzione*) -

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

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

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- d) sanità animale;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

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

4. Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica

veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale e organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale, e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali e internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

4 bis. L'articolazione delle aree dipartimentali nelle strutture organizzative di cui al comma 2 rappresenta il livello di organizzazione che le regioni assicurano per garantire l'esercizio delle funzioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, nonché l'osservanza degli obblighi previsti dall'ordinamento dell'Unione europea.

4 ter. Le regioni assicurano che le strutture organizzative di cui alle lettere b), d), e) e f) del comma 2 siano dotate di personale adeguato, per numero e qualifica, a garantire la finalità di cui al comma 4 bis, nonché l'adempimento degli obblighi derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea in materia di controlli ufficiali, previsti dal regolamento (CE) n. 882/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004.

4 quater. Le strutture organizzative di cui al comma 2 sono possibilmente individuate quali strutture complesse.

5. Nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica ovvero di altre funzioni di prevenzione comprese nei livelli essenziali di assistenza.”

#### **Nota all'art. 35, comma 1**

Il testo dell'articolo 25 della l.r. 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale), è il seguente:

“Art. 25 (*Dipartimento regionale di medicina trasfusionale*) -

1. La Giunta regionale istituisce, sentita la Commissione consiliare competente, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il dipartimento regionale di medicina trasfusionale al fine di garantire la gestione complessiva delle attività di medicina trasfusionale nella Regione, secondo le previsioni del piano nazionale sangue e plasma 1999/2001.

1 bis. La Giunta regionale definisce annualmente, nell'ambito della ripartizione tra gli enti del servizio sanitario regionale delle risorse del fondo sanitario regionale, l'eventuale quota da destinare alla produzione incrementale del dipartimento.

1 ter. Lo svolgimento di prestazioni aggiuntive da parte del personale assegnato allo stesso dipartimento, finalizzate all'incremento della produzione, è remunerato sulla base dei criteri e delle modalità definite dalla Giunta regionale, all'esito della negoziazione tra il direttore del dipartimento e le organizzazioni sindacali delle aree della dirigenza III e IV, nonché del personale non dirigente

del comparto Sanità. In tal caso, le risorse di cui al comma 1 bis incrementano, esclusivamente per l'annualità in cui è necessario ricorrere alle prestazioni aggiuntive del personale e nel rispetto della normativa vigente, i fondi del salario accessorio dei singoli enti del servizio sanitario regionale.”

#### **Nota all'art. 37, comma 5**

Il testo del comma 9 dell'articolo 4 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 4 (*Aziende ospedaliere e presidi ospedalieri*) - *Omissis*

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

*Omissis*”

#### **Nota all'art. 38, comma 2**

Il testo del comma 3 dell'articolo 6 della l.r. 19 novembre 1996, n. 47 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie), è il seguente:

“Art. 6 (*Contabilità analitica*) - *Omissis*

3. La Giunta regionale entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge adotta gli schemi atti a consentire le rilevazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati ai sensi dell'art. 5, comma 5, del decreto legislativo di riordino, sulla base dei quali le Aziende sanitarie forniscono alla Regione le informazioni richieste.”

#### **Note all'art. 39, commi 2, 3, lett. d)**

- Per il testo della lettera c) del comma 3 dell'articolo 24 della l.r. 30 luglio 2021, n. 18 (Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale), vedi nelle note all'art. 20, comma 2, lett. f) e g).

- Per il testo dell'articolo 6 del d.l. 9 giugno 2021, n. 80 (Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia), convertito, con modificazioni, dalla legge 113/2021, vedi nelle note all'art. 26, comma 6, lett. a), b) e m).

#### Note all'art. 40, commi 2 e 3

- Per il testo dell'articolo 2 del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), vedi nella nota all'art. 26, comma 2.

- Per il testo del comma 11 dell'articolo 3 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'art. 29, commi 1, 2, 4 e 5.

#### Nota all'art. 41, comma 1

- Il testo dell'articolo 9 del d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133), è il seguente:

“Art. 9 (*Procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria*) -

1. Al fine di consentire la tempestiva attivazione di procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria effettivamente erogata in ogni regione, nonché di permettere la verifica del rispetto delle garanzie di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e delle compatibilità finanziarie di cui all'articolo 1, comma 3, del citato decreto legislativo n. 502 del 1992, il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, definisce con uno o più decreti, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, un sistema di garanzia del raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal Servizio sanitario nazionale.

2. Il sistema di garanzia di cui al comma 1 comprende:

a) un insieme minimo di indicatori e parametri di riferimento, relativi a elementi rilevanti ai fini del monitoraggio del rispetto, in ciascuna regione, dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, nonché dei vincoli di bilancio delle regioni a statuto ordinario, anche tenuto conto di quanto previsto dall'articolo 28, comma 10, della legge 23 dicembre 1998, n. 448;

b) le regole e le convenzioni per la rilevazione, la validazione e l'elaborazione delle informazioni e dei

dati statistici necessari per l'applicazione del sistema di cui alla lettera a);

c) le procedure per la pubblicizzazione periodica dei risultati dell'attività di monitoraggio e per l'individuazione delle regioni che non rispettano o non convergono verso i parametri di cui alla lettera a), anche prevedendo limiti di accettabilità entro intervalli di oscillazione dei valori di riferimento.

3. Il Governo, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, adotta le raccomandazioni al fine di correggere le anomalie riscontrate attraverso il sistema di monitoraggio di cui al presente articolo e per la individuazione di forme di sostegno alle regioni, anche attraverso la sottoscrizione di convenzioni ai sensi dell'articolo 19-ter, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

4. In caso di inadempimento totale o parziale, da parte della regione, delle misure di garanzia fissate a norma dei commi 1 e 2, il Governo, su proposta del Ministro della sanità, con le procedure e le garanzie di cui all'articolo 2, comma 2-octies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, dispone la progressiva riduzione dei trasferimenti perequativi e delle compartecipazioni, in misura non superiore al 3 per cento della quota capitaria stabilita dal Piano sanitario nazionale e la loro contestuale sostituzione con trasferimenti erariali finalizzati all'attivazione del sistema di garanzie.

5. Le determinazioni incidenti sui fattori generatori della spesa sanitaria, ed in particolare quelle riguardanti la spesa per il personale, la spesa farmaceutica e gli oneri per la cura dei non residenti, sono assunte, ognuna secondo il rispettivo regime, in modo da rendere trasparenti le responsabilità di dette determinazioni, con riguardo ai diversi livelli di governo, centrale, regionale e locale e da consentire il confronto nelle competenti sedi istituzionali, nonché da evidenziare i prevedibili effetti finanziari delle determinazioni medesime sui diversi livelli di governo, assicurando che gli eventuali maggiori oneri a carico delle regioni a statuto ordinario, derivanti da disposizioni legislative assunte a livello nazionale, siano correlati ad un corrispondente adeguamento della quota di compartecipazione regionale all'IVA.”

- Il testo del comma 1 dell'articolo 10 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

“Art. 10 (*Controllo di qualità*) -

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, è adottato in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualità e della quantità delle prestazioni, nonché del loro costo, al cui sviluppo devono risultare funzionali i modelli organizzativi ed i flussi informativi dei soggetti erogatori e gli istituti normativi regolanti il rapporto di lavoro del personale dipendente, nonché i rapporti tra soggetti

erogatori, pubblici e privati, ed il Servizio sanitario nazionale.

*Omissis*"

- Per il testo dell'articolo 14 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nella nota all'articolo 12, commi 1 e 10.

#### **Note all'art. 42, commi 3, 4, 12 e 13**

- Il testo dell'articolo 19 della l.r. 30 luglio 2021, n. 18 (Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale), è il seguente:

“Art. 19 (*Unità di progetto*) -

1. Al fine di potenziare il coordinamento necessario alla effettiva realizzazione di interventi e progetti che coinvolgono strutture diverse, la Giunta regionale può istituire, in via temporanea, apposite unità di progetto.

2. Le unità di progetto sono costituite con le risorse disponibili per lo svolgimento di funzioni e compiti specifici o per la gestione e realizzazione di specifici progetti, previsti negli atti di programmazione strategica o gestionale della Regione.

3. Le attività delle unità di progetto sono svolte con le modalità fissate dal Segretario generale, sentito il Comitato di coordinamento.

4. La Giunta regionale può affidare la gestione diretta delle unità di progetto di cui al comma 1 ai direttori di dipartimento, ai dirigenti di direzione o di settore. La durata delle unità è correlata al completamento dei progetti o dei compiti specifici per cui sono state istituite.

5. I provvedimenti di organizzazione di cui al comma 3 disciplinano gli obiettivi da perseguire e i tempi prestabiliti, nonché le modalità di verifica degli stati di avanzamento.

6. Il perseguimento degli obiettivi è accertato attraverso le attività di monitoraggio della programmazione di cui alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 3.

7. L'incarico di direzione dell'unità di progetto non comporta alcuna retribuzione aggiuntiva fatta salva la valutazione dell'attività svolta in sede di erogazione della retribuzione di risultato.”

- Il testo dell'articolo 10 della l.r. 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale), è il seguente:

“Art.10 (*Direttore di area vasta*) -

01. Le funzioni di gestione dell'area vasta sono assicurate dai direttori di area vasta.

1. Il direttore di area vasta è responsabile della gestione complessiva del relativo ambito territoriale e in particolare:

a) della programmazione, in coerenza con la pianificazione aziendale, attraverso la definizione degli obiettivi di salute e l'elaborazione del piano di area vasta;

b) del coordinamento tra le attività ospedaliere, i servizi distrettuali e le attività di prevenzione;

c) dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza di area vasta di cui all'articolo 20 bis;

d) dell'accesso ai servizi locali e aziendali attraverso un sistema integrato e finalizzato al controllo e al rispetto dei tempi d'attesa definiti a livello aziendale;

e) della gestione del budget di area vasta e della relativa negoziazione con i responsabili delle articolazioni organizzative dell'area vasta in termini di obiettivi, di attività e di risorse;

f) della valutazione epidemiologica della domanda e del suo grado di soddisfazione attraverso l'offerta di servizi;

g) dell'istituzione di un sistema organizzato per il governo clinico anche attraverso la piena utilizzazione del collegio di direzione di area vasta;

h) della nomina dei direttori di dipartimento di area vasta.

2. Il direttore di area vasta:

a) approva il piano di area vasta, in conformità con le direttive del Direttore generale dell'ASUR;

b) è componente della delegazione trattante di parte pubblica di cui alla lettera a bis) del comma 2 dell'articolo 8 bis;

c) assicura l'attuazione dei contratti decentrati;

d) è responsabile dell'organizzazione del personale assegnato e delle relative relazioni sindacali.

3. I direttori di area vasta sono individuati e nominati dalla Giunta regionale, su proposta del Direttore generale dell'ASUR, tra soggetti in possesso dei seguenti requisiti:

a) diploma di laurea di cui all'ordinamento previgente al decreto ministeriale 3 novembre 1999, n. 509 (Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei), ovvero laurea specialistica o magistrale;

b) comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, maturate nel settore pubblico o nel settore privato; l'esperienza dirigenziale quinquennale non è richiesta per i soggetti che hanno ricoperto incarichi, in enti del servizio sanitario nazionale, di direzione di area vasta o di direzione amministrativa o di direzione sanitaria.

3 bis. Il rapporto di lavoro dei direttori di area vasta è disciplinato da apposito contratto di lavoro di durata pari a quello del direttore generale dell'ASUR. Il compenso dei direttori di area vasta è determinato in ragione dell'importo stabilito per il direttore generale, ridotto del trenta per cento. L'operato dei direttori di area vasta è sottoposto a valutazione annuale. Ai direttori di area vasta si applicano, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità, le disposizioni vigenti previste per l'incarico di direttore generale, direttore amministrativo e di direttore sanitario. Ai pubblici dipendenti si applicano le disposizioni previste dalla normativa vigente.

3 ter. L'area vasta assicura anche mediante il proprio sito internet e quello della Regione Marche adeguata pubbli-

cità e trasparenza alle procedure di selezione, alle nomine ed ai curricula.

4. Nell'esercizio delle proprie funzioni, il direttore di area vasta è coadiuvato dal collegio di direzione di area vasta, nonché dai coordinatori degli ambiti di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 328/2000."

- Per il testo del comma 1 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), vedi nelle note all'art. 28, commi 1 e 3.

- Il testo dell'articolo 31 del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), è il seguente: "Art. 31 (*Passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività*) -

1. Fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture, ad altri soggetti, pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applicano l'articolo 2112 del codice civile e si osservano le procedure di informazione e di consultazione di cui all'articolo 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428."

#### **Nota all'art. 44, comma 1**

Il testo dell'articolo 4 della l. 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale), è il seguente:

"Art. 4 (*Agenzia regionale sanitaria*) -

1. L'Agenzia regionale sanitaria (ARS) è strumento operativo per la gestione delle funzioni delle strutture della Giunta regionale competenti in materia di sanità e di politiche sociali e per il raccordo con gli enti del servizio sanitario regionale, con particolare riferimento alle seguenti materie:

- a) assistenza sanitaria territoriale;
- b) assistenza ospedaliera;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro;
- e) integrazione socio sanitaria;
- f) (*lettera abrogata dall'art. 6, comma 12, lettera b), della l.r. 20 febbraio 2017, n. 5*)
- g) sanità veterinaria.

1.1. All'ARS compete la direzione e il coordinamento operativo della centrale unica di risposta (CUR) per la gestione del Numero di emergenza unico europeo 112 (NUE 112) ai sensi della normativa europea e statale vigente, la quale si avvale del supporto tecnico-logistico degli enti del Servizio sanitario regionale.

1.2. La Regione assicura la gestione del Servizio NUE 112, nel rispetto delle disposizioni di cui al combinato disposto dell'articolo 14 del decreto legge 20 febbraio 2017, n. 14 (Disposizioni urgenti in materia di sicurezza delle città), convertito, con modificazioni, dalla legge 18

aprile 2017, n. 48, e dell'articolo 3 della legge regionale 31 luglio 2018, n. 31 (Disposizioni urgenti di modifica delle leggi regionali 17 luglio 1996, n. 26 "Riordino del servizio sanitario regionale" e 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"), avvalendosi o di proprio personale o anche di società interamente partecipate di cui al decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175 (Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica).

1 bis. L'ARS esercita, nell'ambito della programmazione regionale, le funzioni di supporto alla programmazione in materia di sanità.

2. L'ARS è soggetto di diritto pubblico dotato di autonomia amministrativa e contabile.

3. L'organizzazione dell'ARS si articola in direzioni e settori.

3 bis. All'ARS è preposto un direttore nominato dalla Giunta regionale.

3 ter. L'incarico di direttore può essere conferito anche a soggetti esterni all'amministrazione, in possesso di laurea, che abbiano svolto attività in enti pubblici o aziende pubbliche o private con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in qualifiche dirigenziali. Il rapporto di lavoro del direttore è regolato da un contratto di diritto privato. Gli elementi negoziali del contratto, comprese le cause di risoluzione anticipata, sono definiti dalla Giunta regionale. Il contratto deve comunque prevedere la facoltà di recesso da parte dell'amministrazione regionale a seguito di cessazione dalla carica della Giunta regionale che ha conferito l'incarico.

3 quater. Nel caso in cui l'incarico è conferito a dirigenti regionali non si applica il comma 3 ter.

4. La Giunta regionale:

- a) definisce gli obiettivi dell'ARS;
- b) istituisce le direzioni e i settori.

5. Nelle materie di cui al comma 1 la Giunta regionale adotta gli atti di propria competenza su proposta del direttore dell'ARS.

6. Per quanto non previsto dalla presente legge in ordine alla competenza della Giunta regionale e dei dirigenti dell'ARS si applicano le disposizioni della l.r. n. 20/2001.

7. L'ARS si avvale di personale proprio, al quale si applica il contratto del comparto Regioni ed Autonomie Locali.

8. All'ARS può essere distaccato il personale del ruolo unico regionale.

9. La Giunta regionale può autorizzare l'utilizzo, da parte dell'ARS, del servizio sanità e delle strutture della Giunta regionale competenti in materia di sanità e di politiche sociali, del personale dipendente a tempo indeterminato degli enti del servizio sanitario regionale per l'espletamento dei propri compiti istituzionali. L'utilizzo è deliberato dalla Giunta regionale su proposta del direttore dell'ARS, del dirigente delle strutture della Giunta regionale competenti in materia di sanità o di politiche sociali, previo parere del comitato di coordinamento di cui all'articolo 20 della l.r. 18/2021.

Per esigenze organizzative inderogabili del sistema sanitario regionale, l'utilizzo può essere deliberato dalla Giunta regionale anche in assenza del consenso da parte del direttore dell'ente di appartenenza. A tale personale può essere attribuita la responsabilità dei procedimenti amministrativi di competenza dell'ARS. Lo stesso personale conserva il trattamento economico in godimento e non può essere sostituito neppure con il ricorso a forme flessibili. L'onere relativo resta a carico dell'ente di provenienza.

10. Gli incarichi di direzione delle strutture dirigenziali di cui alla lettera b) del comma 4 sono conferiti dalla Giunta regionale a dirigenti di ruolo della Regione o del servizio sanitario regionale.

11. I dirigenti di cui al comma 10 sono posti in posizione di comando. La Giunta definisce il trattamento economico ad essi spettante nel rispetto del contratto collettivo nazionale di lavoro del relativo comparto. Il posto di ruolo vacante negli enti del servizio sanitario regionale non può essere in alcun modo ricoperto.

12. L'ARS, in casi eccezionali e straordinari, e comunque quando siano necessarie, per la realizzazione di specifici progetti, conoscenze ed esperienze non riscontrabili nell'ambito della dirigenza della medesima ARS e della Regione, può conferire con contratto a termine di diritto privato, nel limite massimo di due unità, incarichi a soggetti indicati dal comma 6 dell'articolo 19 del d.lgs. 165/2001 in possesso dei requisiti e secondo i criteri previsti nella medesima disposizione."

#### **Note all'art. 47, commi 10 e 11**

- Il testo dell'articolo 26 del d.lgs. 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), è il seguente:

"Art. 26 (*Bilancio di esercizio e schemi di bilancio degli enti del SSN*) -

1. Il bilancio d'esercizio è redatto con riferimento all'anno solare. Si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale, per gli enti di cui alle lettere c) e d) del comma 2 dell'articolo 19, e dal responsabile della gestione sanitaria accentrata presso la regione, per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste.

2. Il bilancio di esercizio predisposto dagli enti di cui alla lettera d), comma 2, dell'articolo 19 viene sottoposto al Consiglio di amministrazione dell'ente per l'approvazione.

3. Per conferire struttura uniforme alle voci del bilancio preventivo economico annuale e del bilancio d'esercizio, nonché omogeneità ai valori inseriti in tali voci, gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste redigono il bilancio di esercizio secondo gli appositi schemi

di cui all'allegato n. 2, che costituiscono parte integrante del presente decreto legislativo. Gli enti di cui alla lettera d), comma 2, dell'articolo 19 adottano i medesimi schemi di bilancio, adattando la nota integrativa e la relazione sulla gestione alle specificità del proprio ambito operativo.

4. Per gli enti di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) e lettera b), punto i), ove ricorrano le condizioni ivi previste, la nota integrativa deve contenere anche i modelli CE ed SP per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente e la relazione sulla gestione deve contenere anche il modello di rilevazione LA, di cui al decreto ministeriale 18 giugno 2004 e successive modificazioni ed integrazioni, per l'esercizio in chiusura e per l'esercizio precedente, nonché un'analisi dei costi sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari, distinti per ciascun livello essenziale di assistenza."

- Per il testo del comma 2 dell'articolo 2 del d.lgs. 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), vedi nella nota all'art. 26, comma 2.

#### **Note all'art. 48, commi 1 e 5, lett. c)**

- Il testo del comma 3 dell'articolo 5 del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), è il seguente:

"Art. 5 (*Patrimonio e contabilità*) - *Omissis*

3. Le leggi ed i provvedimenti di cui al comma 1 costituiscono titolo per la trascrizione, la quale è esente da ogni onere relativo a imposte e tasse.

*Omissis*"

- Il testo vigente dell'articolo 4 della l.r. 18 dicembre 2017, n. 38 (Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

"Art. 4 (*Disposizioni per la cura e la tutela dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla*) -

1. La Giunta regionale, sentito il Comitato tecnico scientifico regionale e la Commissione assembleare competente, individua le sedi nelle quali sono istituiti i centri di riferimento regionali rispettivamente per le patologie fibromialgia e sensibilità chimica multipla, per il coordinamento del sistema integrato di prevenzione, diagnosi e cura delle suddette patologie e ne definisce la composizione.

2. I centri di riferimento regionali previsti al comma 1 predispongono, sentito il Comitato tecnico-scientifico, i percorsi diagnostico-terapeutici multidisciplinari rispettivamente per le patologie fibromialgia e sensibilità chimica multipla, nonché la presa in carico integrale dei soggetti affetti dalle patologie suddette, al fine di garantire ai soggetti medesimi cure tempestive, idonee e uni-

formi nella regione e la necessaria multidisciplinarietà e multiprofessionalità, in collaborazione con i medici specialisti che intervengono o sono intervenuti nel percorso dei pazienti.

2 bis. I centri di riferimento rilasciano alle persone affette rispettivamente da fibromialgia e sensibilità chimica multipla una tessera identificativa che indica la patologia e il relativo centro di riferimento, utili in casi di accesso in urgenza al pronto soccorso o presso altre strutture sanitarie.

3. La Giunta regionale adotta il piano triennale di formazione ed aggiornamento professionale del personale sanitario, **su proposta elaborata d'intesa dalle Aziende Sanitarie Territoriali** e sentito il Comitato tecnico scientifico regionale di cui all'articolo 2 bis, finalizzato alla tempestiva diagnosi e alla cura dei soggetti affetti dalle patologie indicate all'articolo 1."

**Note all'art. 48, comma 7, lett. a), b), e c),**

- Il testo dell'articolo 3 della l.r. 3 agosto 2020, n. 40 (Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare), è il seguente:

"Art. 3 (*Organizzazione della Rete*) -

1. La Giunta regionale definisce l'organizzazione della Rete, con specifico riguardo all'istituzione:

a) nell'ambito dell'ASUR, di una struttura operativa complessa concernente la rete psichiatrica per i DCA con compiti di coordinamento della Rete per gli adulti e, nell'ambito delle Aree vaste, di strutture operative semplici concernenti i percorsi ambulatoriali e ambulatoriali intensivi e i centri diurni;

b) nell'ambito dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", di una struttura operativa semplice dipartimentale concernente la psichiatria dell'età evolutiva per DCA, con compiti di presa in carico dei minori.

2. L'organizzazione della Rete è diretta ad assicurare:

a) i migliori risultati in termini di appropriatezza ed efficacia degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi;

b) il coinvolgimento attivo delle persone con DCA e delle loro famiglie;

c) la predisposizione ed attuazione di progetti assistenziali individuali, calibrati sulle esigenze delle singole persone con DCA;

d) la costituzione di equipe di diagnosi e cura con competenze in area psichiatrica, psicoterapica e internistico-nutrizionale, affiancate, per casi specifici, da professionisti di altre discipline."

- Il testo dell'articolo 3 della l.r. 24 marzo 2015, n. 9 (Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito), è il seguente:

"Art. 3 (*Dipartimento regionale di diabetologia*) -

1. È istituito presso l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) il Dipartimento funzionale regionale di dia-

betologia (di seguito denominato Dipartimento) con il compito di assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, il coordinamento delle attività dei Centri di assistenza specialistica per adulti dell'ASUR, finalizzata all'integrazione e all'ottimizzazione delle procedure.

2. In particolare il Dipartimento, per quanto di competenza:

a) promuove un'omogenea allocazione delle risorse umane e strumentali secondo criteri di efficienza ed efficacia, provvedendo periodicamente alla ricognizione dei Centri di diabetologia dell'ASUR dal punto di vista strutturale ed organizzativo;

b) definisce indicatori di struttura, di processo e di esito per misurare periodicamente la qualità degli interventi di prevenzione e di assistenza sanitaria erogata dai Centri di assistenza specialistica e dalla rete dell'assistenza primaria territoriale;

c) attua processi strutturati e periodici di audit su aspetti clinici ed organizzativi e sulla qualità dei servizi percepita dai pazienti;

d) coinvolge le associazioni delle persone con diabete rappresentative a livello regionale nella identificazione delle criticità dell'assistenza e della sua organizzazione;

e) promuove l'assistenza diabetologica primaria territoriale integrata con quella specialistica, in applicazione di quanto stabilito all'articolo 4;

f) attua le raccomandazioni regionali per la definizione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del paziente diabetico, condivise con le associazioni di persone con diabete;

g) attua percorsi assistenziali con integrazione socio-sanitaria e coinvolgimento dei servizi sociali per supportare gli interventi in caso di persone con vulnerabilità socio-sanitarie e non autosufficienti;

h) attua l'integrazione tra i diversi livelli di cura e adotta idonei modelli che realizzino la continuità assistenziale, con particolare riferimento alla fase di transizione dell'adolescente con diabete al Centro specialistico per adulti, nel rispetto dei diversi ambiti di intervento;

i) promuove una modalità organizzativa che consenta equità di accesso alle tecnologie, incentivando l'impiego di quelle più complesse e di prodotti innovativi ai malati che non possano giovare di tecniche diagnostiche e di terapie di primo livello;

l) attua un modello integrato con altre strutture specialistiche per la prevenzione, la diagnosi precoce e la cura delle complicanze secondo quanto stabilito all'articolo 9;

m) garantisce i flussi informativi esistenti a sostegno del modello di gestione integrata per le persone con diabete;

n) promuove ed assicura la regolarità del follow up con avvio dello stesso al momento della diagnosi della malattia

o) promuove l'educazione continua in medicina (ECM) nel settore.

3. La programmazione delle attività dipartimentali previste al comma 2, nonché il monitoraggio e la verifica delle stesse, sono assicurate con la partecipazione attiva dei responsabili dei Centri di assistenza specialistica per adulti dell'ASUR facenti parte del Comitato di Dipartimento, nonché dei rappresentanti della rete di assistenza primaria territoriale, di un rappresentante della struttura farmaceutica clinica, dei rappresentanti delle associazioni per la tutela dell'adulto e dei soggetti in età evolutiva con diabete, coinvolti in appositi tavoli.

4. Il personale dei Centri è assegnato funzionalmente al Dipartimento per le finalità del Dipartimento stesso.

5. L'ASUR stipula protocolli d'intesa con l'INRCA, con l'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" e l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" per realizzare compiutamente il sistema reticolare multicentrico di cui all'articolo 2."

- Il testo del comma 2 dell'articolo 4 della l.r. 9 ottobre 2014, n. 25 (Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico), è il seguente:

"Art. 4 (*Centri regionali di riferimento per l'autismo*)

- *Omissis*

2. È istituito, per le funzioni previste all'articolo 6, il Centro regionale autismo per l'età adulta presso l'ASUR.

*Omissis*"

#### Note all'art. 48, commi 8 e 9

- Il testo vigente dell'articolo 7 della l.r. 1 dicembre 2014, n. 32 (Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

"Art. 7 (*Ambiti territoriali sociali*) -

1. La Giunta regionale, sentito il Consiglio delle autonomie locali (CAL), individua gli ATS di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 328/2000 **in modo da favorirne la coincidenza con gli ambiti dei distretti sanitari.**

2. L'ATS esercita funzioni di programmazione in materia di politiche sociali nelle modalità previste da questa legge e costituisce il luogo della gestione associata dei servizi sociali ai sensi dell'articolo 6, commi 3 e 4. In particolare l'ATS garantisce:

a) la definizione degli obiettivi da perseguire per assicurare la gestione secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità, trasparenza, uniformità e appropriatezza nel sistema di offerta ed equità per l'accesso delle prestazioni;

b) l'unitarietà degli interventi sul proprio territorio, l'organizzazione della rete sociale e l'operatività del sistema degli uffici di promozione sociale.

3. Per lo svolgimento delle funzioni indicate al comma 2, il Comitato dei Sindaci nomina il coordinatore dell'A-

TS secondo criteri e modalità determinati dalla Giunta regionale.

4. Il coordinatore dell'ATS si avvale di una struttura amministrativa la cui composizione e funzionamento vengono stabiliti dal Comitato dei Sindaci. Il coordinatore è inoltre coadiuvato dall'Ufficio di Piano, composto almeno dai dirigenti o dai responsabili dei servizi sociali e socio educativi dei Comuni, nonché dal direttore di distretto sanitario per le attività di integrazione socio-sanitaria."

- Il testo della lettera a) del comma 3 dell'articolo 8 della l. 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), è il seguente:

"Art. 8. (*Funzioni delle regioni*) - *Omissis*

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;

*omissis*"

#### Nota all'art. 49, comma 1, lett. e)

Il testo vigente dell'articolo 20 della l.r. 22 novembre 2010, n. 17 (Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale"), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

"Art. 20 (*Norme transitorie e finali*) -

1. (**Comma abrogato**)

2. (*Comma abrogato dall'art. 18, comma 1, della l.r. 27 dicembre 2012, n. 45*)

3. (**Comma abrogato**)

4. (**Comma abrogato**)

5. (**Comma abrogato**)

6. Le spese per il personale dell'ARS continuano a fare carico sul Fondo sanitario regionale. Si applicano all'ARS le disposizioni concernenti le limitazioni di spesa previste per gli enti del servizio sanitario regionale.

7. (**Comma abrogato**)"

#### Note all'art. 49, comma 2, lett. a), e), l) e s)

- Il testo vigente dell'articolo 25 della l.r. 19 novembre 1996, n. 47 (Norme in materia di programmazione, con-

tabilità e controllo delle Aziende sanitarie), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

“Art. 25 (*Abrogazioni*) -

1. Fatto salvo quanto previsto dall’art. 23, comma 1, della presente legge, è abrogata la L.R. 24 ottobre 1981, n. 31.

2. (**Comma abrogato**)”

- Il testo vigente dell’articolo 18 della l.r. 2 agosto 2004, n.17 (Assestamento del bilancio 2004), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

“Art. 18 (*Modifica della l.r. n. 13/2003 e abrogazione della l.r. n. 6/1981*) - 1. (**Comma abrogato**)

2. La l.r. 10 marzo 1981, n. 6 (Istituzione dei ruoli nominativi della Regione Marche del personale del servizio sanitario regionale) è abrogata.”

- Il testo vigente dell’articolo 2 della l.r. 24 maggio 2011, n. 11 (Disposizioni per l’ottimizzazione dell’attività amministrativa e il contenimento della spesa della Regione e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

“Art. 2 (*Collegio sindacale degli enti del Servizio sanitario regionale*) - 1. (**Comma abrogato**)

2. (**Comma abrogato**)

3. (**Comma abrogato**)

4. Il collegio sindacale dell’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico per anziani (INRCA) è composto da tre membri, secondo quanto previsto dall’articolo 7, comma 1, della legge regionale 21 dicembre 2006, n. 21 (Disposizioni in materia di riordino della disciplina dell’Istituto ricovero e cura a carattere scientifico “INRCA” di Ancona), come modificato dall’articolo 5 della presente legge.”

- Il testo vigente dell’articolo 6 della l.r. 20 febbraio 2017, n. 5 (Ulteriori disposizioni per l’attuazione del processo di riordino delle funzioni amministrative esercitate dalle Province, in materia di organizzazione e di assetto idrogeologico), così come modificato dalla legge regionale sopra pubblicata, è il seguente:

“Art. 6 (*Disposizioni in materia di organizzazione. Modifica della l.r. n. 20/2001, della l.r. n. 34/1988, della l.r. n. 36/2005 e della l.r. n. 13/2003*) -

1. (*Comma abrogato dall’art. 46, comma 2, lettera cc), della l.r. 30 luglio 2021, n. 18*)

2. (*Comma abrogato dall’art. 46, comma 2, lettera cc), della l.r. 30 luglio 2021, n. 18*)

3. (*Comma abrogato dall’art. 46, comma 2, lettera cc), della l.r. 30 luglio 2021, n. 18*)

4. Il comma 9 dell’articolo 4 della legge regionale 10 agosto 1988, n. 34 (Finanziamento delle attività dei gruppi consiliari) è sostituito dal seguente:

“9. L’assegnazione del personale ai gruppi è effettuata

dall’Ufficio di Presidenza, su richiesta nominativa del presidente del gruppo stesso che contiene l’indicazione del soggetto a cui è conferito l’incarico di responsabile, la categoria contrattuale di ciascun dipendente in osservanza delle norme sull’accesso agli impieghi regionali e la misura dell’eventuale quota aggiuntiva da stabilirsi ai sensi del comma 11, lettera b). Si prescinde dal contratto di diritto privato nel caso previsto dalla lettera a) del comma 8, a seguito di mancata concessione dell’aspettativa da parte dell’amministrazione pubblica di appartenenza. Il rapporto di lavoro è regolato secondo le modalità previste dal comma 6 dell’articolo 22 della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione).”

5. Al comma 1 dell’articolo 23 della legge regionale 16 dicembre 2005, n. 36 (Riordino del sistema regionale delle politiche abitative), le parole: “tra i responsabili dei presidi di cui all’articolo 25,” sono sostituite dalle parole: “tra i responsabili dei presidi di cui all’articolo 25 e i dirigenti di cui al Capo III della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 (Norme in materia di organizzazione e di personale della Regione).”

6. (**Comma abrogato**)

7. (**Comma abrogato**)

8. (*Comma abrogato dall’art. 46, comma 2, lettera cc), della l.r. 30 luglio 2021, n. 18*)

9. Con il primo processo di riorganizzazione attuativo del comma 8 si procede agli adempimenti previsti dall’articolo 26, comma 3, del CCNL della separata area della dirigenza del 23 dicembre 1999, fermo restando il limite della relativa spesa sostenuta accertato al 31 dicembre 2015, che deve tenere conto degli effetti derivanti dall’attuazione della lettera a) del comma 96 dell’articolo 1 della legge 7 aprile 2014, n. 56 (Disposizioni sulle città metropolitane, sulle province, sulle unioni e fusioni di comuni).

10. I dirigenti ai quali non è affidata la titolarità di uffici dirigenziali svolgono, su richiesta della Giunta regionale, funzioni ispettive, di consulenza, studio e ricerca o altri incarichi specifici previsti dall’ordinamento, ivi compresi quelli presso gli enti strumentali della Regione.

11. Si applica altresì quanto previsto dall’articolo 5, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 (Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario), convertito dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

12. Sono abrogati:

a) il secondo periodo del comma 5-bis dell’articolo 7 della legge regionale 2 settembre 1997, n. 60 (Istituzione dell’Agenzia regionale per la protezione ambientale delle Marche (ARPAM);

b) la lettera f) del comma 1 dell’articolo 4 della legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale);

c) i commi 2 e 3 dell’articolo 4, della legge regionale 14 gennaio 1997, n. 9 (Istituzione dell’Agenzia

per i servizi nel settore agroalimentare delle Marche (A.S.S.A.M.). Soppressione dell'Ente di Sviluppo Agricolo delle Marche (ESAM). Istituzione della consulta economica e della programmazione nel settore agroalimentare (CEPA).”

---

#### NOTIZIE RELATIVE AL PROCEDIMENTO DI FORMAZIONE:

- Proposta di legge a iniziativa della Giunta regionale del 6 luglio 2022, n. 128;
- Proposta della IV Commissione assembleare permanente nella seduta del 2 agosto 2022;
- Parere della I Commissione assembleare permanente;
- Parere espresso dal Consiglio delle autonomie locali;
- Parere espresso dal Consiglio regionale dell'economia e del lavoro;
- Deliberazione legislativa approvata dall'Assemblea legislativa regionale nella seduta del 4 agosto 2022, n 81.

#### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 981**

*Art. 51 comma 2, lettera a), D.Lgs. 118/2011 – Iscrizione nel Bilancio di Previsione 2022-2024 di entrate vincolate a scopi specifici e relativi impieghi – Variazione del Bilancio di Previsione*

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 982**

*Art. 51 comma 2, lettera a), D. Lgs. 118/2011 – Iscrizione nel Bilancio di Previsione 2022-2024 di entrate vincolate a scopi specifici e relativi impieghi – Variazione al Documento Tecnico di Accompagnamento*

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 983**

*Art. 51 comma 2, lettera a), D.Lgs. 118/2011 – Iscrizione nel Bilancio di Previsione 2022-2024 di entrate vincolate a scopi specifici e relativi impieghi – Variazione al Bilancio Finanziario Gestionale*

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 984**

*Art. 11, L.R. 31 dicembre 2021, n. 39 - Art. 51, D. Lgs.118/2011 - Variazione compensativa al Documento Tecnico di Accompagnamento del triennio 2022- 2024.*

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 985**

*Art. 11, L.R.31 dicembre 2021, n. 39 - Art. 51, D. Lgs.118/2011 - Variazione compensativa al Bilancio finanziario gestionale del triennio 2022/2024. Modifiche tecniche al Bilancio finanziario gestionale del triennio 2022/2024.*

---

##### **Deliberazione della Giunta regionale del 1 agosto 2022, n. 986**

*Art. 51, comma 2, lett. b) del D. Lgs. 118/2011 – Variazione compensativa tra le dotazioni delle missioni e dei programmi del Bilancio di previsione 2022-2024 riguardanti l'utilizzo di risorse comunitarie e vincolate all'attuazione della programmazione comunitaria. Variazione al Documento tecnico di accompagnamento 2022-2024.*