

ATTI DELLA REGIONE

LEGGI REGIONALI

Legge regionale 8 agosto 2022, n. 19 concernente:Organizzazione del servizio sanitario regionale

Il Consiglio-Assemblea legislativa regionale
ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1
(Principi)

1. La Regione tutela la salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività secondo i principi fissati dalla Costituzione, dallo Statuto regionale e dalle leggi dello Stato.
2. A tal fine la Regione persegue, attraverso il metodo della programmazione e mediante l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari e sociali, la tutela globale della salute attraverso la prevenzione, la cura e la riabilitazione, nel pieno rispetto della dignità della persona.
3. Il servizio sanitario regionale, in coerenza con i principi e i valori della Costituzione e dello Statuto regionale, conforma la propria attività ai seguenti principi:
 - a) centralità e partecipazione della persona, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
 - b) universalità e parità di accesso ai servizi sanitari;
 - c) garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale;
 - d) efficacia, imparzialità, pubblicità, trasparenza e accessibilità;
 - e) adeguatezza dell'assetto organizzativo e dell'erogazione dei servizi, nel rispetto delle peculiarità e dell'identità territoriale delle zone montane, delle zone disagiate e di confine;
 - f) finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza;
 - g) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimen-

to degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;

- h) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali;
- i) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali.

Art. 2
(Oggetto e finalità)

1. Questa legge disciplina, nel rispetto della normativa statale vigente, l'organizzazione del servizio sanitario regionale, al fine di assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza sanitaria, nonché eventuali ulteriori livelli integrativi di assistenza sanitaria in rapporto alle risorse a disposizione in ambito regionale.
2. Il servizio sanitario regionale è costituito dal complesso delle risorse umane, delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività presenti nel territorio regionale per la promozione, il mantenimento e il recupero della salute di tutta la popolazione.
3. Il servizio sanitario regionale garantisce, in condizioni di equilibrio economico, il conseguimento degli obiettivi assegnati dagli indirizzi e dalla programmazione regionale.
4. Il servizio sanitario regionale, nel rispetto delle disposizioni statali vigenti, promuove:
 - a) la presa in carico della persona nel suo complesso con un approccio integrato one-health, finalizzato ad assicurare la protezione e la promozione della salute, tenendo conto della stretta relazione tra la salute umana e i fattori ambientali e climatici;
 - b) percorsi di diagnosi, cura, prevenzione, assistenza e riabilitazione, con particolare attenzione al paziente cronico e con fragilità;
 - c) il rafforzamento del concetto di "centralità della paziente" e della personalizzazione delle cure attraverso l'approccio innovativo della medicina di genere;
 - d) l'innovazione tecnologica e organizzativa per il miglioramento e la continuità delle cure, con particolare riferimento ai servizi territoriali, anche con la collaborazione di soggetti pubblici e privati;
 - e) la migliore definizione dei livelli di complessità delle casistiche con conseguente allocazione di budget per specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura di offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati;
 - f) la consapevolezza e la responsabilità delle persone e delle comunità in merito ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione, cura, assistenza, supporto psicologico e terapia farmacologica, anche attraverso politiche e iniziative che fa-

voriscano l'invecchiamento attivo, valorizzando l'attività sportiva e motoria quale parte integrante dei percorsi di prevenzione, nel rispetto delle competenze degli esercenti le professioni sanitarie;

- g) l'appropriatezza clinica a garanzia dell'universalità del servizio e della continuità terapeutica e assistenziale, anche attraverso lo sviluppo della medicina di genere, al fine di garantire a ciascuna persona la migliore risposta al proprio bisogno;
- h) l'attività di ricerca, sperimentazione e innovazione biomedica e sanitaria in collaborazione con le università;
- i) il consolidamento dei rapporti con le università e con il sistema di istruzione e formazione, al fine di orientare le scelte curriculari e assicurare il conseguimento di obiettivi di apprendimento e tirocinio in relazione ai fabbisogni sanitari e socio-assistenziali regionali;
- l) il consolidamento dei rapporti con gli ordini professionali sanitari e la collaborazione con il sistema produttivo e le organizzazioni sindacali, con particolare riferimento alla sicurezza e al benessere ambientale nei luoghi di lavoro;
- m) il rafforzamento dell'assistenza territoriale, anche attraverso l'innovazione organizzativa e gestionale, nonché la valorizzazione e la responsabilizzazione di tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie;
- n) l'incentivazione alla realizzazione, all'interno delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, di percorsi di accoglienza per l'assistenza medica avanzata e la cura delle persone con disabilità;
- o) l'integrazione di cure palliative nei percorsi assistenziali per garantire continuità e appropriatezza delle cure a malati inguaribili e a fine vita;
- p) l'attuazione dei processi di digitalizzazione e l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico, al fine di migliorare l'accesso all'assistenza e la qualità delle cure, aumentando l'efficienza complessiva della sanità regionale;
- q) l'adozione di modalità organizzative innovative di presa in carico del paziente e di riduzione dei tempi di attesa, anche facendo uso integrato delle più aggiornate tecnologie e metodologie operative, in particolare della telemedicina in tutte le sue modalità, estendendo la pratica medica oltre gli schemi tradizionali;
- r) la tutela dei diritti della persona, sia come singolo sia nell'ambito della propria famiglia, coordinando le politiche sanitarie e socio-sanitarie con quelle sociali di competenza delle autonomie locali, favorendo la consapevolezza del cittadino;
- s) il potenziamento dei sistemi di controllo e verifica, al fine di accrescere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema;
- t) lo sviluppo e la diffusione di sistemi informativi

accessibili sulla qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, rendendo disponibili dati relativi all'offerta di servizi, ai volumi di attività, alle performance conseguite, nonché alle competenze dei soggetti erogatori;

- u) il potenziamento delle reti territoriali, dei servizi di prossimità e di assistenza domiciliare, anche ai fini di un adeguato intervento in presenza di fragilità sanitarie;
- v) la continuità dei servizi, anche attraverso il reclutamento delle professionalità necessarie, nel rispetto delle disposizioni statali vigenti in materia;
- z) il periodico confronto con le rappresentanze delle organizzazioni sindacali, degli ordini professionali dell'ambito sanitario e dei principali stakeholder regionali pubblici e privati, per contribuire alla corretta attuazione del Piano socio-sanitario regionale;
- aa) il potenziamento dell'Osservatorio epidemiologico di cui alla legge regionale 10 aprile 2012, n. 6 (Osservatorio Epidemiologico Regionale. Registri regionali delle cause di morte e di patologia), anche ai fini dell'aggiornamento permanente del piano pandemico regionale;
- bb) lo sviluppo delle relazioni istituzionali per il coordinamento operativo con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali;
- cc) il potenziamento e l'integrazione delle attività di coordinamento dei servizi per l'urgenza e l'emergenza in risposta ai bisogni socio-sanitari e assistenziali, anche in raccordo con gli enti locali;
- dd) la valorizzazione delle farmacie nel sistema a rete dei servizi alla persona e nella presa in carico dei pazienti cronici con i relativi servizi di supporto, fermo restando il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.

CAPO I

Soggetti del servizio sanitario regionale

Art. 3

(Assetto istituzionale)

1. La Regione, i Comuni, gli enti del servizio sanitario regionale e l'Agenzia regionale sanitaria (ARS) di cui alla legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale) provvedono allo svolgimento delle funzioni istituzionali in materia di sanità, ciascuno per il proprio ambito di competenza.
2. Le università delle Marche, l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche di cui alla legge regionale 25 novembre 2013, n. 40 (Approvazione dell'intesa tra la Regione Umbria e la Regione

Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), gli enti assistenziali pubblici e i soggetti privati accreditati operanti nel territorio regionale ai sensi della normativa vigente concorrono alla determinazione e al perseguimento delle finalità del servizio sanitario regionale.

Art. 4

(Funzioni della Regione)

1. La Regione esercita in ambito sanitario le funzioni che richiedono una gestione unitaria sul territorio regionale e, in particolare, quelle di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, monitoraggio e controllo, verifica e valutazione, nonché le altre funzioni a essa demandate dalla normativa statale.
2. La Regione promuove la partecipazione delle autonomie locali, dei cittadini e delle loro associazioni alle politiche regionali e locali.
3. Per il governo del sistema sanitario e delle sue interrelazioni con gli altri settori di competenza, la Regione si avvale del sistema informativo integrato.

Art. 5

(Funzioni dei Comuni)

1. I Comuni:
 - a) concorrono alla programmazione socio-sanitaria regionale, anche attraverso gli organismi di partecipazione di cui agli articoli 8, 9 e 10;
 - b) possono stipulare apposite convenzioni con gli enti del servizio sanitario regionale per assicurare forme di assistenza sanitaria a integrazione dei livelli di assistenza, purché i relativi costi siano sostenuti interamente dai comuni medesimi.

Art. 6

(Rapporti con le università e l'INRCA)

1. La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca e di formazione svolte dalle università delle Marche concorrendo a progetti e programmi di comune interesse, definiti d'intesa fra la Regione medesima e le singole università.
2. Le università di cui al comma 1 contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione del Piano socio-sanitario regionale.
3. In attuazione del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), la Regione e l'Università Politecnica delle Marche, presso la quale insistono i percorsi formativi della facoltà di medicina e chirurgia, stipulano protocolli di intesa con i quali, sulla base della programmazione sanitaria regionale, individuando l'azienda di riferi-

mento nell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche, promuovono e disciplinano l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie dell'università e del servizio sanitario regionale. I protocolli d'intesa stabiliscono, in particolare:

- a) le linee generali della partecipazione dell'università alla programmazione sanitaria regionale nel campo didattico, formativo e assistenziale;
 - b) gli indirizzi per l'organizzazione interna dell'azienda ospedaliero-universitaria, nonché i criteri per l'adozione del suo atto aziendale;
 - c) in relazione alle attività didattiche, i criteri per definire gli apporti reciproci rispetto ai fabbisogni formativi del servizio sanitario regionale, per l'individuazione delle scuole e dei corsi di formazione, nonché per la ripartizione degli oneri;
 - d) le tipologie di ricerche da assegnare ai dipartimenti assistenziali integrati e i criteri di ripartizione dei relativi oneri e di utilizzo dei risultati conseguiti;
 - e) i livelli di compartecipazione della Regione e dell'Università ai risultati di gestione.
4. I protocolli di intesa con i quali viene individuata l'azienda ospedaliero-universitaria di riferimento possono prevedere, ai sensi della normativa statale vigente, il coinvolgimento degli altri enti del servizio sanitario regionale nonché delle strutture private accreditate.
 5. Per la realizzazione dei contenuti e delle finalità dei protocolli di intesa, gli enti interessati sottoscrivono specifici accordi attuativi che disciplinano i reciproci rapporti in relazione alle esigenze assistenziali, didattiche e di ricerca.
 6. Per la predisposizione dei protocolli di intesa e la verifica della loro attuazione, la Giunta regionale istituisce una commissione paritetica tra la Regione e l'Università. La Giunta regionale, di concerto con l'Università, stabilisce la composizione e le modalità di funzionamento della commissione, i cui componenti non percepiscono alcun compenso.
 7. Alle attività della commissione possono partecipare a titolo consultivo, secondo le modalità stabilite col medesimo atto di Giunta regionale di cui al comma 6, gli enti interessati, nonché, ai fini dell'individuazione degli specifici fabbisogni formativi e per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), rappresentanti degli ordini, dei collegi professionali competenti e delle organizzazioni sindacali.
 8. In attuazione del Piano socio-sanitario regionale, al fine di regolamentare l'apporto delle sedi marchigiane dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e sviluppare ambiti

comuni di ricerca e di integrazione con particolare riferimento all'assistenza agli anziani, la Regione e l'INRCA, ai sensi di quanto previsto dal comma 7 dell'articolo 13 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), stipulano appositi protocolli di intesa.

9. I protocolli di intesa previsti in questo articolo sono stipulati previo parere della Commissione assembleare competente.

Art. 7

(Rapporti con gli enti di ricerca)

1. La Regione promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca.
2. I rapporti tra la Regione e gli enti di ricerca, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del servizio sanitario regionale, sono regolati da specifici protocolli di intesa.
3. Specifico protocollo di intesa è stipulato con l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche ai sensi della legge regionale 25 novembre 2013, n. 40 (Approvazione dell'intesa tra la Regione Umbria e la Regione Marche concernente il riordino dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche).

CAPO II

Organismi di partecipazione

Art. 8

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

1. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di cui al comma 2 bis dell'articolo 2 del d.lgs. 502/1992 svolge le proprie competenze e funzioni in raccordo con il Consiglio delle autonomie locali (CAL) di cui alla legge regionale 10 aprile 2007, n. 4 (Disciplina del Consiglio delle autonomie locali).
2. Ai fini di cui al comma 1, la Conferenza permanente, che ha sede presso il Consiglio - Assemblea legislativa regionale, è composta dai membri del Consiglio delle autonomie locali (CAL), dai Presidenti delle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 9, laddove non presenti come componenti del medesimo CAL, nonché da due rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali designati di concerto dalle stesse. La Conferenza permanente si dota di un regolamento interno, approvato con il voto favorevole della maggioranza dei componenti, con il quale stabilisce l'organizzazione e le modalità del proprio funzionamento.
3. La Conferenza permanente esprime parere in merito:

- a) al progetto di Piano socio-sanitario regionale di cui all'articolo 14, alle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria;
 - b) alle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio-sanitaria;
 - c) agli accordi con le università.
4. La Conferenza permanente, in relazione agli enti del servizio sanitario regionale diversi dalle Aziende sanitarie territoriali (AST) di cui all'articolo 23:
- a) esprime parere:
 - 1) sui bilanci pluriennali di previsione, sui bilanci economici preventivi, sui bilanci di esercizio, sul progetto di Piano attuativo di cui all'articolo 16;
 - 2) sui risultati conseguiti e sul raggiungimento degli obiettivi da parte del direttore generale;
 - b) esprime le proprie valutazioni sull'efficacia dei servizi e sulla realizzazione del Piano attuativo, anche sulla base della relazione sanitaria di cui all'articolo 19.
5. La Conferenza permanente esercita, altresì, le funzioni di cui al decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria), nonché ogni altra competenza a essa riservata dalla normativa statale e regionale.
6. Fermo restando quanto stabilito dal d.lgs. 171/2016, il parere è reso nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine. I pareri della Conferenza permanente sono in ogni caso trasmessi anche alla Giunta regionale.
7. La Conferenza permanente opera a titolo gratuito.
8. Per quanto non previsto da questo articolo alla Conferenza permanente si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della l.r. 4/2007.

Art. 9

(Conferenza dei sindaci)

1. In ciascuna Azienda sanitaria territoriale è costituita la Conferenza dei sindaci, organo di rappresentanza dei comuni, composto dai sindaci dei comuni ubicati nell'area di riferimento o dagli assessori da essi delegati, per l'espressione dei bisogni di salute e di servizi alla persona nel territorio di competenza.
2. La Conferenza dei sindaci svolge le sue funzioni tramite l'organismo di rappresentanza, composto da quattro membri e dal presidente della Conferenza stessa. Il Presidente viene eletto a maggioranza.
3. La Conferenza dei sindaci garantisce la concertazione e la cooperazione tra Aziende sanitarie territoriali ed enti locali, anche attraverso la partecipazione ai processi di formazione degli atti regionali di pro-

grammazione in materia di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

4. La Conferenza dei sindaci, con riferimento alle Aziende sanitarie territoriali:
 - a) contribuisce a formulare, nell'ambito della programmazione regionale e delle risorse definite, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività, con particolare riguardo all'organizzazione della rete di offerta territoriale;
 - b) esprime parere:
 - 1) sui bilanci pluriennali di previsione, sui bilanci economici preventivi, sui bilanci di esercizio, sul progetto di Piano attuativo di cui all'articolo 16;
 - 2) sui risultati conseguiti e sul raggiungimento degli obiettivi da parte del direttore generale;
 - 3) sull'articolazione territoriale dei distretti;
 - c) verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda sanitaria territoriale e lo stato di attuazione dei programmi, anche sulla base della relazione sanitaria di cui all'articolo 19.
5. La Conferenza dei sindaci esercita, altresì, le funzioni di cui al d.lgs. 171/2016, nonché ogni altra competenza a essa riservata dalla normativa statale e regionale.
6. Fermo restando quanto stabilito dal d.lgs. 171/2016, il parere è reso dalla Conferenza dei sindaci nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine. I pareri della Conferenza dei sindaci sono in ogni caso trasmessi anche alla Giunta regionale.
7. Il funzionamento della Conferenza è disciplinato da un regolamento dalla stessa approvato sulla base degli indirizzi della Giunta regionale, previo parere del Consiglio delle autonomie locali. Il regolamento reca altresì la disciplina dell'organismo di rappresentanza di cui al comma 2.

Art. 10

(Comitato dei sindaci di distretto)

1. Il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992 è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.
2. Il Comitato dei sindaci, composto da tutti i sindaci o dagli assessori da essi delegati dei comuni facenti parte del distretto, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali (PAT) di cui all'articolo 17, anche mediante il coinvolgimento delle organizzazioni dei cittadini. Il Comitato, in particolare:
 - a) interviene nella predisposizione del Programma delle attività territoriali ai sensi di quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 17;
 - b) formula proposte e pareri alla Conferenza dei

sindaci sulle linee di indirizzo e di programmazione dei servizi sanitari, ivi compresi quelli di carattere ospedaliero.

3. Il parere del Comitato dei sindaci di distretto è reso nel termine di venti giorni dalla richiesta. Si procede indipendentemente dall'espressione del parere, ove questo non sia reso entro il predetto termine.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, nell'esercizio delle proprie funzioni di indirizzo, proposta e verifica, si raccorda con la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 9.
5. La Giunta regionale disciplina le modalità di organizzazione e di funzionamento del Comitato.

Art. 11

(Modalità di funzionamento)

1. La Conferenza dei sindaci e il Comitato dei sindaci di distretto operano a titolo gratuito e possono avvalersi, per il loro funzionamento, di uffici, strumenti operativi e informativi, nonché di professionalità messi a disposizione dalle Aziende sanitarie territoriali, in modo da consentire uno svolgimento adeguato delle funzioni loro attribuite, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica.

Art. 12

(Partecipazione)

1. La Regione garantisce la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'articolo 14 del d.lgs. 502/1992.
2. Per le finalità di cui al comma 1, la Regione:
 - a) promuove la consultazione dei cittadini, degli utenti, delle organizzazioni sindacali e delle formazioni sociali del territorio, con particolare riferimento a quelle operanti nel settore del volontariato, della tutela del diritto alla salute e dell'assistenza socio-sanitaria, sugli schemi di provvedimenti regionali di carattere generale concernenti la programmazione dei servizi e le modalità di verifica dei risultati conseguiti;
 - b) favorisce la partecipazione dei cittadini, degli utenti e delle formazioni sociali del territorio per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi e della qualità delle prestazioni erogate, anche attraverso strumenti di controllo dell'efficacia e della rispondenza dell'attività del servizio sanitario regionale alle finalità e agli obiettivi programmati.
3. Ai fini della consultazione è istituito l'elenco delle formazioni sociali operanti a livello regionale e impegnate nella tutela del diritto alla salute e dell'assistenza socio-sanitaria nelle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.
4. La Giunta regionale disciplina con regolamento:
 - a) i criteri e le modalità di iscrizione e cancellazione dall'elenco;

- b) le forme e le modalità delle consultazioni, anche mediante strumenti telematici, delle formazioni sociali iscritte nell'elenco medesimo.
5. Al fine di assicurare la partecipazione dei soggetti di cui al comma 3, gli enti del servizio sanitario regionale ne favoriscono la presenza all'interno delle loro strutture.
6. Sono istituiti negli enti del servizio sanitario regionale i comitati di partecipazione dei cittadini per la tutela della salute, al fine di:
- contribuire alla programmazione e alla pianificazione socio-sanitaria regionale, aziendale e territoriale;
 - svolgere attività di verifica e di controllo sulla gestione dei servizi sanitari;
 - monitorare le condizioni di accesso e di fruibilità dei servizi sanitari, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 1.
7. La Giunta regionale definisce con regolamento la composizione e le modalità di funzionamento dei comitati di partecipazione. I comitati possono accedere alle informazioni relative al funzionamento del sistema sanitario regionale nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.
8. La partecipazione è, altresì, finalizzata all'aggiornamento e all'attuazione delle Carte dei Servizi e alla realizzazione di adeguati meccanismi di informazione sulle modalità di accesso ai servizi medesimi, sulle prestazioni erogate e sulle relative tariffe; a tal fine sono utilizzati sistemi di indicatori e sono attivati metodi di rilevazione della qualità percepita e di analisi di eventuali disservizi.
9. L'Ufficio relazioni con il pubblico (URP), alle dirette dipendenze del direttore generale, ha il compito di promuovere l'adozione delle misure finalizzate al miglioramento dei servizi erogati e alla loro accessibilità, con particolare riguardo all'abbattimento delle barriere architettoniche, alla determinazione degli orari e all'organizzazione funzionale.
10. Gli utenti possono avanzare al direttore generale, tramite l'Ufficio relazioni con il pubblico, osservazioni, reclami, richieste e proposte sul funzionamento dei servizi, in relazione ai quali è fornita risposta motivata nel rispetto del termine di cui al comma 5 dell'articolo 14 del d.lgs. 502/1992.
11. Ogni ente del servizio sanitario regionale disciplina con regolamento, sulla base delle direttive della Giunta regionale, le modalità di funzionamento dell'Ufficio relazioni con il pubblico.
12. Gli enti del servizio sanitario regionale adottano strumenti operativi finalizzati ad assicurare l'informazione, la trasparenza e la conoscibilità degli obiettivi, delle attività e dei servizi.

CAPO III

Programmazione regionale e locale

Art. 13

(Strumenti di programmazione e monitoraggio)

- Gli strumenti di programmazione socio-sanitaria della Regione assicurano, in coerenza con i principi di cui al d.lgs. 502/1992, con le intese e gli strumenti della programmazione nazionale, l'appropriata ed efficace erogazione e lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali, nonché la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
- Sono strumenti della programmazione a livello regionale:
 - il Piano socio-sanitario regionale di cui all'articolo 14;
 - l'atto di definizione degli obiettivi sanitari annuali dell'attività degli enti di cui all'articolo 15.
- Sono strumenti della programmazione a livello locale:
 - i Piani attuativi degli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 16;
 - il Programma delle attività territoriali di distretto di cui all'articolo 17;
 - i piani annuali di attività dei dipartimenti di cui al comma 14 dell'articolo 33.
- Sono, altresì, strumenti della programmazione degli enti del servizio sanitario regionale il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio preventivo economico annuale e gli eventuali piani di intervento e piani settoriali di cui alla legge regionale 19 novembre 1996, n. 47 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie). Ai fini della programmazione e del controllo delle attività aziendali gli enti del servizio sanitario regionale adottano il sistema di budgeting di cui alla medesima l.r. 47/1996.
- Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione regionale:
 - la relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 18;
 - la relazione sanitaria degli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 19.
- Sono atti rilevanti per la programmazione socio-sanitaria regionale i piani regionali approvati in recepimento di atti di programmazione nazionale.
- Sono atti rilevanti per la programmazione sanitaria aziendale le intese o gli accordi interaziendali e interistituzionali finalizzati all'attuazione del Piano socio-sanitario regionale.

Art. 14

(Piano socio-sanitario regionale)

- Il Piano socio-sanitario regionale è adottato in co-

erenza con le indicazioni del Piano sanitario nazionale, le intese, gli strumenti e i vincoli finanziari della programmazione nazionale, in attuazione e nel rispetto del programma di governo e della programmazione economico-finanziaria regionale.

2. Il Piano socio-sanitario regionale assicura il raccordo con i principi e le politiche sanitarie definite a livello statale, europeo e dalle altre organizzazioni intergovernative operanti a livello internazionale.
3. Il Piano socio-sanitario regionale è articolato in obiettivi e azioni finalizzati a rispondere con appropriatezza ai bisogni di salute della popolazione nel rispetto dei seguenti principi:
 - a) equità dell'accesso alle prestazioni assistenziali essenziali;
 - b) sviluppo degli interventi di prevenzione collettiva;
 - c) appropriatezza, qualità, sicurezza ed efficienza delle prestazioni e dei processi assistenziali;
 - d) integrazione in rete tra servizi territoriali e ospedalieri, nonché tra servizi sanitari e sociali;
 - e) certezza, verificabilità e misurabilità degli obiettivi e delle azioni;
 - f) compatibilità economica con le risorse disponibili.
4. Il Piano socio-sanitario regionale definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale, l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati, nonché gli obiettivi di salute e di benessere e le strategie di sviluppo degli stessi servizi, in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione al fine di garantire omogeneità di trattamento e assicurare livelli uniformi ed essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale.
5. Il Piano socio-sanitario regionale assicura il raccordo con il Piano sociale regionale di cui all'articolo 13 della legge regionale 1 dicembre 2014, n. 32 (Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia).
6. Il Piano socio-sanitario regionale, predisposto in coerenza con il documento di economia e finanza regionale (DEFER), è adottato, su proposta della Giunta regionale, dal Consiglio-Assemblea legislativa regionale nel rispetto della disciplina statale vigente, nonché delle norme regionali in materia di partecipazione di cui alla legge regionale 26 giugno 2008, n. 15 (Disciplina del Consiglio regionale dell'economia e del lavoro (CREL)) e di cui alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 8 di questa legge.
7. La Giunta regionale, nella fase di predisposizione della proposta di Piano socio-sanitario regionale, assicura la partecipazione dei soggetti istituzionali e delle parti sociali.
8. Il Piano socio-sanitario regionale ha durata triennale e può essere aggiornato anche prima della scadenza. Fino all'adozione del nuovo Piano è comunque prorogata l'efficacia del Piano precedente.

Art. 15

(Obiettivi sanitari annuali)

1. L'atto di definizione degli obiettivi sanitari annuali dell'attività degli enti del servizio sanitario regionale individua per l'anno di riferimento le azioni del Piano socio-sanitario da attuare, nel rispetto dei vincoli e delle attività programmatiche nazionali di rilievo per la sanità regionale.
2. L'atto di cui al comma 1 è approvato dalla Giunta regionale e contiene in particolare:
 - a) gli obiettivi sanitari definiti nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
 - b) la definizione degli indirizzi e degli obiettivi di budget.

Art. 16

(Piano attuativo)

1. Il Piano attuativo è lo strumento di programmazione mediante il quale gli enti del servizio sanitario regionale, nel rispetto del Piano socio-sanitario regionale e in attuazione della programmazione regionale, definiscono, nei limiti delle risorse disponibili, le attività da svolgere e individuano le modalità operative e organizzative per il perseguimento degli obiettivi. In particolare il Piano attuativo individua:
 - a) il complesso delle attività da assicurare;
 - b) le eventuali prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza (LEA);
 - c) i livelli di integrazione tra servizi sociali e sanitari;
 - d) i criteri e le modalità di monitoraggio e valutazione dell'attuazione;
 - e) le iniziative di collaborazione interaziendale e con istituzioni pubbliche e private;
 - f) gli investimenti e le risorse necessarie per assicurare la realizzazione degli obiettivi.
2. Il direttore generale elabora il progetto di Piano attuativo con il supporto del Collegio di direzione di cui all'articolo 27, sulla base delle disposizioni della programmazione regionale socio-sanitaria, tenendo conto delle proposte della Conferenza dei sindaci, per le Aziende sanitarie territoriali, e della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale negli altri casi. Per quanto riguarda l'azienda ospedaliero-universitaria il progetto tiene altresì conto del piano della didattica universitaria.
3. Il progetto di Piano attuativo, adottato dal direttore generale previo parere del Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 30, viene trasmesso, al fine dell'acquisizione dei relativi pareri, alla Conferenza dei sindaci, per le Aziende sanitarie territoriali, e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale negli altri casi. Nel caso dell'Azienda ospedaliero-universitaria il

progetto di piano è altresì trasmesso all'Università al fine dell'acquisizione del parere del Rettore.

4. Il direttore generale, tenuto conto dei pareri acquisiti, adotta il Piano attuativo e lo trasmette alla Giunta regionale, unitamente agli stessi. La Giunta regionale, entro quaranta giorni, verifica la conformità del Piano attuativo alla programmazione regionale socio-sanitaria. In caso di mancata conformità, la Giunta regionale rinvia la proposta di Piano attuativo al direttore generale il quale è tenuto a predisporre una nuova proposta che tenga conto dei rilievi espressi.
5. Il Piano attuativo è efficace con l'approvazione della Giunta regionale.
6. Il Piano attuativo ha la durata del Piano socio-sanitario regionale ed è aggiornato annualmente in relazione alla verifica dello stato di conseguimento degli obiettivi.
7. Il Piano attuativo si realizza attraverso i programmi annuali di attività dei dipartimenti, mediante progetti operativi e, limitatamente alle Aziende sanitarie territoriali, mediante il Programma delle attività territoriali. Nell'ambito di tali programmi sono definiti gli standard quantitativi e qualitativi, gli indicatori di verifica e le risorse necessarie che tengono conto delle metodiche di budget.

Art. 17

(Programma delle attività territoriali)

1. Il Programma delle attività territoriali (PAT), i cui contenuti sono fissati dai commi 2 e 3 dell'articolo 3 quater del d.lgs. 502/1992, è lo strumento programmatico del distretto in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli.
2. Il Programma delle attività territoriali è basato sull'intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative e contiene:
 - a) la localizzazione dei servizi e delle strutture afferenti al distretto sulla base dell'analisi dei bisogni di salute della popolazione;
 - b) la determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria e delle quote rispettivamente a carico dell'Azienda sanitaria territoriale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza.
3. Il Programma delle attività territoriali si inserisce nel sistema programmatico socio-sanitario in coerenza con i piani di zona degli ambiti territoriali sociali di cui alla l.r. 32/2014.
4. Il Programma delle attività territoriali è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore del distretto ed è approvato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale, sentito il direttore socio-sanitario.
5. Il Programma delle attività territoriali è aggiornato con cadenza annuale.

Art. 18

(Relazioni sanitarie)

1. Per il miglioramento della qualità del servizio sanitario regionale e al fine di definire le strategie dei successivi Piani socio-sanitari regionali, la Giunta regionale, entro il 30 settembre di ogni anno, presenta al Consiglio-Assemblea legislativa regionale una relazione generale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari, sullo stato di salute della popolazione, sullo stato di attuazione del Piano socio-sanitario regionale, sull'andamento della spesa sanitaria e sull'attività degli enti del servizio sanitario regionale che evidenzia il grado di raggiungimento degli obiettivi.
2. La Regione trasmette annualmente al Ministero della Salute, ai sensi del comma 4 dell'articolo 1 del d.lgs. 502/1992, una relazione sullo stato di attuazione della programmazione regionale, sui risultati di gestione raggiunti in merito agli obiettivi di salute e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

Art. 19

(Relazione sanitaria degli enti del servizio sanitario regionale)

1. La relazione sanitaria degli enti del servizio sanitario regionale è lo strumento di valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e costituisce altresì strumento per la definizione della programmazione successiva. La relazione, in particolare, evidenzia i risultati conseguiti in termini di servizi e prestazioni, anche con riguardo agli obiettivi del Piano attuativo e con distinto riferimento all'attività sanitaria e sociale integrata per quanto riguarda le Aziende sanitarie territoriali.
2. La relazione è adottata dal direttore generale, previo parere del Consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.
3. Gli enti del servizio sanitario regionale trasmettono la relazione alla Giunta regionale nonché, ai fini di cui alla lettera b) del comma 4 dell'articolo 8 e alla lettera c) del comma 4 dell'articolo 9, alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale e alla Conferenza dei sindaci.

CAPO IV

Funzioni della Giunta e coordinamento

Art. 20

(Funzioni della Giunta regionale)

1. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo e controllo in materia di sanità e di integrazione socio-sanitaria, nonché quelle di indirizzo, coordina-

mento e controllo dell'attività degli enti del servizio sanitario regionale.

2. Ai fini di cui al comma 1, la Giunta regionale:
 - a) definisce modalità e criteri per l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati e adotta gli atti necessari ad assicurare l'integrazione funzionale degli enti del servizio sanitario regionale e l'integrazione socio-sanitaria;
 - b) definisce gli obiettivi sanitari degli enti del servizio sanitario regionale;
 - c) assegna le risorse destinate al finanziamento del servizio sanitario regionale ai sensi della normativa vigente e stabilisce la quota riservata alla Regione per l'esercizio delle attività di competenza delle strutture regionali;
 - d) definisce, nel rispetto della normativa statale vigente, previo parere della Commissione assembleare competente, i criteri di delimitazione dei distretti;
 - e) impartisce indirizzi e direttive vincolanti, con particolare riferimento all'attuazione degli obiettivi assegnati e al controllo della spesa, alle direzioni degli enti del servizio sanitario regionale;
 - f) vigila sull'imparzialità e il buon andamento dell'attività e sulla qualità dell'assistenza, anche attraverso l'esercizio dell'attività ispettiva. In particolare:
 - 1) effettua il controllo della spesa e verifica, anche attraverso le relazioni sanitarie degli enti di cui all'articolo 19, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dalla programmazione;
 - 2) verifica i risultati conseguiti dai direttori generali degli enti del servizio sanitario regionale, avvalendosi del supporto dell'Organismo interno di valutazione (OIV) di cui all'articolo 24 della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18 (Disposizioni di organizzazione e di ordinamento del personale della Giunta regionale), come integrato ai sensi della lettera d) del comma 3 del medesimo articolo;
 - g) promuove la realizzazione e assicura il funzionamento del sistema informativo sanitario integrato, anche tramite il Programma annuale di digitalizzazione e semplificazione di cui alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 3 della l.r. 18/2021. A tal fine individua i sistemi informativi di rilievo regionale e provvede alla loro attivazione e alla gestione del data center e delle infrastrutture telematiche.
3. Gli atti di cui alla lettera e) del comma 2 sono volti in particolare ad assicurare la coerenza della gestione rispetto agli obiettivi della programmazione e a garantire l'omogeneità degli interventi e delle prestazioni nel territorio regionale e l'uso ottimale delle risorse finanziarie.

4. La Giunta regionale esercita ogni altra funzione prevista da questa legge e dalle altre leggi regionali relative alla materia e, in particolare:
 - a) determina i criteri e le modalità per l'autorizzazione, la vigilanza e l'accreditamento delle strutture pubbliche e private;
 - b) definisce i criteri per la costituzione delle strutture territoriali e l'organizzazione dei servizi territoriali nel rispetto della normativa vigente e in coerenza con il Piano nazionale cronicità, anche al fine di promuovere il potenziamento di un sistema di prossimità in attuazione del Piano nazionale di ripresa e di resilienza (PNRR);
 - c) individua le procedure di reclutamento del personale degli enti del servizio sanitario regionale da svolgere in forma aggregata, stabilendone le modalità di attuazione;
 - d) approva gli atti relativi al passaggio dei beni immobili dal patrimonio indisponibile a quello disponibile ed esercita il potere di indirizzo sulla destinazione del ricavato delle vendite dei beni medesimi;
 - e) designa i componenti di competenza regionale nelle commissioni esaminatrici di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 483 (Regolamento recante la disciplina concorsuale per il personale dirigenziale del Servizio sanitario nazionale);
 - f) disciplina i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa ai sensi del comma 7 bis dell'articolo 15 del d.lgs. 502/1992;
 - g) approva il programma di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 1988)) e individua gli interventi a diretta realizzazione regionale;
 - h) provvede ad assicurare l'erogazione, da parte delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il servizio sanitario regionale, dei servizi previsti dalla normativa statale e regionale.
5. Gli atti in materia di personale sono adottati nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.

Art. 21

(Comitato di coordinamento)

1. Al fine di assicurare l'attuazione coerente e integrata della programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria, nell'ambito della struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità, è costituito il Comitato di coordinamento degli enti del servizio sanitario regionale, composto dal direttore della medesima struttura organizzativa, che lo presiede, e dai direttori generali degli enti.

2. Il Comitato si riunisce con cadenza almeno mensile e, comunque, qualora si renda necessario in relazione a specifiche circostanze o a situazioni di particolare urgenza.
 3. Ai lavori del Comitato possono essere invitati a partecipare soggetti che possano fornire un contributo qualificato in ordine agli argomenti e alle materie trattati. La partecipazione degli stessi è a titolo gratuito.
 4. Il Comitato costituisce sede di confronto in merito a tematiche e questioni inerenti all'attuazione della programmazione regionale sanitaria e socio-sanitaria che necessitano di soluzioni condivise. Il Comitato, in particolare:
 - a) delinea proposte e fornisce indicazioni operative per il superamento di eventuali criticità rilevate nell'attuazione della programmazione;
 - b) formula proposte in ordine alla predisposizione da parte della Giunta regionale di linee di indirizzo finalizzate a ottimizzare l'attuazione della programmazione;
 - c) si esprime in merito alla costituzione e allo sviluppo di reti interstrutturali e interaziendali volte all'integrazione dei servizi sanitari e socio-sanitari e alle collaborazioni interaziendali, su proposta della struttura regionale competente in materia di sanità.
 5. La Giunta regionale stabilisce le modalità di funzionamento del Comitato.
 6. Il Comitato opera a titolo gratuito.
5. Gli enti del servizio sanitario regionale, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, organizzano i propri servizi e la loro attività nel rispetto dei seguenti criteri:
 - a) articolazione dei servizi idonea a garantire l'erogazione e l'acquisizione delle prestazioni individuate nel Piano socio-sanitario regionale sulla base dei livelli essenziali di assistenza (LEA), attraverso la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) nel rispetto della normativa vigente;
 - b) autonomia organizzativa dei livelli decisionali, ai fini dell'efficienza operativa;
 - c) strutturazione in forma dipartimentale anche a valenza interaziendale, per aree omogenee, sulla base delle disposizioni di questa legge e della programmazione regionale;
 - d) decentramento decisionale verso i dipartimenti, i distretti, i presidi e le altre strutture del servizio sanitario regionale, al fine di favorire la più ampia partecipazione ai processi organizzativi e operativi;
 - e) organizzazione di funzioni e processi integrata in reti tra enti, dipartimenti o altre articolazioni operative per migliorare l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza dei servizi erogati.
 6. Gli enti di cui al comma 1, nello svolgimento della loro attività, osservano puntualmente le disposizioni vigenti in materia di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione e di trasparenza amministrativa.

CAPO V

Enti del servizio sanitario regionale

Art. 22

(Enti del servizio sanitario regionale)

1. Sono enti del servizio sanitario regionale:
 - a) le Aziende sanitarie territoriali (AST);
 - b) l'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche;
 - c) l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona.
2. Le Aziende di cui alle lettere a) e b) del comma 1 sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale ed esercitano la propria autonomia organizzativa mediante l'atto aziendale di diritto privato di cui all'articolo 24.
3. L'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche concorre sia al raggiungimento degli obiettivi della pianificazione socio-sanitaria regionale, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università.
4. Le disposizioni di questa legge si applicano all'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona di cui alla l.r. 21/2006, in quanto compatibili.

Art. 23

(Aziende sanitarie territoriali)

1. Sono Aziende sanitarie territoriali (AST):
 - a) l'Azienda sanitaria territoriale di Ancona;
 - b) l'Azienda sanitaria territoriale di Ascoli Piceno;
 - c) l'Azienda sanitaria territoriale di Fermo;
 - d) l'Azienda sanitaria territoriale di Macerata;
 - e) l'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.
2. Le Aziende sanitarie territoriali sono istituite da questa legge con le modalità di cui all'articolo 42. Gli ambiti territoriali di riferimento delle Aziende sanitarie territoriali sono individuati nell'allegato A di questa legge.
3. Le Aziende sanitarie territoriali assicurano le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione socio-sanitaria organizzate nel territorio.
4. Le Aziende sanitarie territoriali, nell'attuazione della programmazione regionale e della gestione dei servizi, garantiscono l'assistenza sanitaria e la prevenzione collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

5. Le Aziende sanitarie territoriali pianificano le attività e i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri, garantendo il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo, con l'obiettivo di fornire risposte appropriate.
6. L'Azienda sanitaria territoriale si articola in:
 - a) distretti;
 - b) dipartimenti;
 - c) uno o più presidi ospedalieri.
7. Le Aziende sanitarie territoriali organizzano i propri servizi e l'attività di competenza attenendosi a quanto stabilito dal comma 5 dell'articolo 22, nonché ai seguenti criteri:
 - a) coordinamento tra attività sanitarie e attività sociali;
 - b) integrazione e coordinamento tra servizi ospedalieri e servizi territoriali distrettuali, sia domiciliari sia residenziali, semiresidenziali e riabilitativi;
 - c) pieno coinvolgimento e responsabilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella programmazione del percorso assistenziale e nella sua attivazione e monitoraggio.

Art. 24

(Atto di organizzazione degli enti)

1. L'organizzazione e il funzionamento degli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 22 sono disciplinati, per le Aziende sanitarie territoriali e per l'Azienda ospedaliero-universitaria, dall'atto aziendale di cui al comma 1 bis dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992. L'Azienda ospedaliero-universitaria adotta l'atto aziendale nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 del d.lgs. 517/1999.
2. L'atto aziendale definisce l'assetto organizzativo degli enti di cui al comma 1 in modo da assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali dei distretti presenti nelle Aziende sanitarie territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati.
3. L'atto aziendale in particolare:
 - a) disciplina l'organizzazione delle funzioni, secondo il modello dipartimentale di cui all'articolo 33;
 - b) contiene l'individuazione delle strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica;
 - c) disciplina l'attribuzione al direttore amministrativo, al direttore sanitario, al direttore socio-sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di

struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti negli atti di programmazione aziendale;

- d) definisce le modalità e i criteri per l'attribuzione ai dirigenti dei compiti e degli incarichi e per la verifica dei risultati degli stessi;
 - e) individua i distretti, quale articolazione territoriale e organizzativa dell'Azienda sanitaria territoriale, nel rispetto delle procedure di partecipazione di cui all'articolo 9 e dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 20.
4. L'atto aziendale e le sue eventuali modificazioni sono adottati dal direttore generale, sulla base degli indirizzi e dei criteri determinati dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione assembleare, nonché, con riguardo all'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche, nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3 del d.lgs. 517/1999.
 5. L'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona definisce la sua organizzazione e il suo funzionamento con il regolamento di cui all'articolo 11 della l.r. 21/2006.
 6. L'atto di organizzazione degli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 22 è adottato, nel rispetto di quanto previsto dai commi 4 e 5 di questo articolo, evitando duplicazioni organizzative e funzionali relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all'esercizio delle funzioni aziendali. Resta in ogni caso fermo per le strutture sanitarie il rispetto dei vincoli organizzativi e funzionali stabiliti dalle disposizioni statali vigenti.

Art. 25

(Organizzazione aziendale)

1. Sono organi delle Aziende sanitarie territoriali e dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche:
 - a) il direttore generale;
 - b) il Collegio di direzione;
 - c) il Collegio sindacale.
2. E' altresì organo dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche l'organo di indirizzo di cui all'articolo 4 del d.lgs. 517/1999.
3. Gli organi dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona sono individuati dalla l.r. 21/2006. Agli stessi organi si applicano le disposizioni di questo capo, in quanto compatibili.

Art. 26

(Direttore generale)

1. Il direttore generale, nominato dalla Giunta regionale ai sensi e con le modalità stabilite dalla normativa statale vigente in materia, ha la rappresentanza lega-

- le dell'ente ed è responsabile della gestione aziendale. La nomina del direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche è effettuata d'intesa con il Rettore dell'Università.
2. I criteri e le modalità per la nomina della commissione regionale per la valutazione dei candidati all'incarico di direttore generale, nel rispetto e in attuazione dell'articolo 2 del d.lgs. 171/2016, sono stabiliti dalla Giunta regionale.
 3. Il direttore generale, al fine di garantire il corretto, efficace ed efficiente funzionamento dell'ente, assicura, tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, un'adeguata distribuzione delle potestà decisionali, mantenendo presso la direzione aziendale le funzioni di programmazione e di gestione strategica.
 4. Il direttore generale è responsabile dei risultati di gestione conseguiti in riferimento agli indirizzi e agli obiettivi fissati, in termini di efficacia e di economicità dell'azione amministrativa e di ottimale utilizzo delle risorse.
 5. Il direttore generale assicura le funzioni di direzione dell'ente previste dalla normativa vigente in materia. In particolare:
 - a) elabora le strategie aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
 - b) persegue il raggiungimento e il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire la uniforme ed efficace tutela della salute;
 - c) assicura l'efficiente impiego delle risorse e il perseguimento dell'equilibrio economico dell'ente attraverso l'utilizzo dei budget assegnati, nonché attraverso azioni di efficientamento da prevedere quale obiettivo strategico all'atto della nomina;
 - d) gestisce e valorizza il patrimonio dell'ente;
 - e) adotta tutti i provvedimenti che si rendono necessari per la conduzione unitaria dell'ente.
 6. Sono, inoltre, di competenza del direttore generale:
 - a) la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore socio-sanitario, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 del d.lgs. 171/2016;
 - b) la nomina dei componenti del Collegio sindacale designati secondo quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992;
 - c) la nomina del Consiglio dei sanitari di cui all'articolo 30;
 - d) la nomina dei direttori dei dipartimenti con le modalità di cui all'articolo 33;
 - e) la nomina dei direttori di distretto con le modalità di cui all'articolo 32;
 - f) l'adozione dell'atto di organizzazione di cui all'articolo 24;
 - g) gli atti di bilancio;
 - h) l'adozione del Piano attuativo di cui all'articolo 16;
 - i) l'approvazione del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17;
 - l) l'adozione della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 19;
 - m) l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione di cui all'articolo 6 del decreto legge 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 6 agosto 2021, n. 113;
 - n) la nomina della delegazione trattante di parte pubblica;
 - o) gli altri atti previsti dalla normativa vigente.
7. Il direttore generale promuove con azioni positive le pari opportunità nell'organizzazione aziendale. Il rapporto sulla situazione del personale, previsto dall'articolo 46 del decreto legislativo 11 aprile 2006, n. 198 (Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'articolo 6 della legge 28 novembre 2005, n. 246), è predisposto con cadenza almeno biennale e viene trasmesso ai soggetti ivi individuati e al Presidente della Giunta regionale.
 8. 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 dello stesso direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione.
 9. Il trattamento economico del direttore generale è stabilito dalla Giunta regionale secondo i parametri ed entro i limiti fissati dalla normativa statale, previo parere della Commissione assembleare competente.
 10. Il rapporto di lavoro del direttore generale è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni. Il contratto, redatto in osservanza delle norme del libro V, titolo III, del codice civile, è stipulato dal Presidente della Giunta regionale sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta medesima.
 11. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nello stesso ente.

Art. 27

(Collegio di direzione)

1. Il Collegio di direzione è istituito per lo svolgimento delle funzioni previste dall'articolo 17 del d.lgs. 502/1992 ed esercita altresì ogni altra funzione prevista dalla normativa statale.
2. La Giunta regionale definisce la composizione del Collegio di direzione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'ente, prevedendo comunque, al fine di favorire l'integrazione delle attività territoriali ospedaliere

e di prevenzione, la partecipazione dei direttori di distretto, di dipartimento e di presidio, nonché dei coordinatori degli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui alla l.r. 32/2014. La Giunta regionale ne disciplina altresì le competenze e i criteri di funzionamento.

3. Le modalità di funzionamento del Collegio di direzione, nonché le relazioni con gli altri organi dell'ente, sono disciplinate nell'atto di organizzazione di cui all'articolo 24.
4. La composizione del Collegio di direzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria è regolata dal comma 5 dell'articolo 4 del d.lgs. 517/1999.
5. Ai componenti del Collegio di direzione non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Art. 28

(Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale è nominato dal direttore generale a seguito delle designazioni effettuate ai sensi dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992 e svolge le funzioni di cui al medesimo articolo, nonché ogni altra funzione prevista dalla normativa statale. All'Azienda ospedaliero-universitaria si applica, altresì, il comma 3 dell'articolo 4 del d.lgs. 517/1999.
2. Gli atti adottati dal direttore generale sono comunicati al Collegio sindacale al momento della loro pubblicazione all'albo nel sito informatico istituzionale. Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio notifica al direttore generale gli eventuali rilievi; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi medesimi adotta, entro il termine di dieci giorni, i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al Collegio medesimo; in caso contrario, è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni e a comunicarle al Collegio.
3. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decesso il Collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede alla sostituzione dei membri mancanti o alla ricostituzione del Collegio acquisendo le nuove designazioni, in conformità alle disposizioni di cui al comma 13 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992.

Art. 29

(Direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore socio-sanitario)

1. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle proprie funzioni. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite e concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale, con particolare riferimento alla pianificazione, al coordinamen-

to, al monitoraggio e alla verifica dei percorsi e dei processi relativi alle aree di rispettiva competenza. Essi svolgono, altresì, le ulteriori funzioni di cui agli articoli 3 e 3 bis del d.lgs. 502/1992.

2. Nelle Aziende sanitarie territoriali il direttore generale è coadiuvato anche da un direttore socio-sanitario con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3 septies del d.lgs. 502/1992, con particolare riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari. Per il conferimento dell'incarico è richiesto il possesso di laurea magistrale o specialistica o di diploma di laurea del vecchio ordinamento, non aver compiuto il sessantacinquesimo anno di età e aver svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione in enti socio-assistenziali o socio-sanitari pubblici o privati.
3. Il direttore generale, nel rispetto dei requisiti e delle modalità previsti dalla normativa statale vigente, nomina il direttore amministrativo, il direttore sanitario e il direttore socio-sanitario attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, anche di altre regioni, appositamente costituiti.
4. L'inserimento negli elenchi di idonei alle funzioni di direttore amministrativo e di direttore socio-sanitario, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), è subordinato 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 medesimo d.p.r. 484/1997 o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.
5. Nelle more dell'adozione dell'Accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano previsto dal comma 1 dell'articolo 3 del d.lgs. 171/2016, la Giunta regionale disciplina, nel rispetto del medesimo articolo, i contenuti degli avvisi pubblici finalizzati alla costituzione degli elenchi regionali di idonei e al loro aggiornamento.
6. Il trattamento economico del direttore sanitario e del direttore amministrativo è stabilito dalla Giunta regionale secondo i parametri ed entro i limiti fissati dalla normativa statale, previo parere della Commissione assembleare competente.
7. Il trattamento economico del direttore socio-sanitario è determinato dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione assembleare competente, in misura non superiore all'80 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, tenendo conto della complessità delle funzioni esercitate.
8. Il rapporto di lavoro del direttore sanitario, del diret-

tore amministrativo e del direttore socio-sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni; tale contratto è stipulato dal direttore generale sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale.

9. Il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore socio-sanitario non possono effettuare più di due mandati consecutivi nello stesso ente.

Art. 30

(Consiglio dei sanitari)

1. Il Consiglio dei sanitari svolge attività di consulenza tecnico-sanitaria nei confronti del direttore generale. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario.
2. La Giunta regionale definisce, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 12 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992, la composizione del Consiglio dei sanitari, assicurando nell'Azienda ospedaliero-universitaria una rappresentanza della componente universitaria, nonché le modalità di elezione e di funzionamento dello stesso.
3. Il Consiglio dei sanitari esprime parere obbligatorio per gli aspetti tecnico-sanitari e di assistenza sanitaria concernenti:
 - a) l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 e gli altri atti dallo stesso eventualmente indicati;
 - b) i Piani attuativi di cui all'articolo 16;
 - c) la relazione sanitaria di cui all'articolo 19;
 - d) i programmi di acquisto degli impianti e delle attrezzature sanitarie.
4. Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato a esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del direttore generale, del direttore sanitario o del direttore socio-sanitario.
5. Il Consiglio è tenuto a rendere i pareri di cui ai commi 3 e 4 entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso.
6. Il Consiglio dei sanitari può formulare proposte per il miglioramento dell'organizzazione dei servizi in funzione del conseguimento di una maggiore funzionalità ed efficienza degli stessi ed esercita ogni altra funzione a esso attribuita dalle leggi e dai regolamenti.
7. Il Consiglio dei sanitari dura in carica tre anni.
8. Ai componenti del Consiglio dei sanitari non spetta alcun compenso.

Art. 31

(Distretti)

1. I distretti sono articolazioni territoriali delle Aziende sanitarie territoriali che assicurano i servizi di

assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, tramite il loro inserimento nel Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17. Essi costituiscono il livello territoriale di base in cui si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e garantiscono lo svolgimento delle attività di cui all'articolo 3 quinquies del d.lgs. 502/1992.

2. I distretti, nell'ambito delle risorse assegnate, sono dotati di autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria territoriale, nonché di autonomia tecnico-gestionale per lo svolgimento delle funzioni e per il conseguimento degli obiettivi aziendali, compreso il coordinamento delle attività.
3. I distretti garantiscono una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare un'efficace presa in carico della popolazione di riferimento.
4. I distretti sono organizzati nel rispetto della normativa statale vigente, secondo il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale e degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi di cui al decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, nonché in coerenza con gli interventi del Piano nazionale di ripresa e di resilienza (PNRR).
5. L'attività distrettuale è svolta sulla base del Programma delle attività territoriali. In particolare il distretto:
 - a) assicura in modo coordinato e continuativo il soddisfacimento della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
 - b) individua i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari a soddisfare i bisogni degli utenti e persegue l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una adeguata risposta alle esigenze della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta;
 - c) assicura la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, accedendo alle risorse del servizio sanitario regionale e alle altre risorse disponibili;
 - d) cura l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici convenzionati e dai servizi direttamente gestiti;
 - e) sviluppa iniziative di educazione alla salute e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente garantite dal servizio sanitario regionale;
 - f) garantisce la fruizione, entro limiti temporali massimi definiti dalla programmazione aziendale, dei servizi erogati dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli al-

tri presidi, assicurando l'integrazione tra servizi territoriali e ospedalieri.

6. Allo svolgimento delle attività e delle prestazioni del distretto partecipano medici di medicina generale e pediatri convenzionati di libera scelta secondo quanto previsto dagli accordi a livello nazionale e regionale.
7. I distretti, acquisito il parere della Conferenza dei sindaci, sono individuati dall'atto aziendale ai sensi della lettera e) del comma 3 dell'articolo 24, nel rispetto dei criteri stabiliti dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 20.

Art. 32

(Direttore di distretto)

1. Il direttore di distretto è nominato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui al comma 3 dell'articolo 3 sexies del d.lgs. 502/1992. Il rapporto di lavoro del direttore di distretto è esclusivo. L'atto aziendale di cui all'articolo 24 definisce le caratteristiche dell'incarico, la durata e i motivi di revoca.
2. Il direttore di distretto è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dal direttore generale in termini di efficacia ed efficienza dei servizi erogati, nonché dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate. In particolare:
 - a) è responsabile dell'integrazione operativa tra attività sanitarie in relazione alla loro valenza distrettuale;
 - b) propone al direttore generale il Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 17 e ne cura l'attuazione;
 - c) partecipa alle attività di programmazione dell'Azienda sanitaria territoriale;
 - d) è responsabile del budget del distretto, che gestisce nel rispetto degli obiettivi assegnati dal direttore generale;
 - e) propone al direttore generale accordi di programma e protocolli d'intesa con il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 10 per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie e umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali;
 - f) adempie a ogni altra funzione prevista dalla normativa vigente.
3. Il direttore di distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il coordinatore di ambito territoriale sociale di cui alla l.r. 32/2014; entrambi sono responsabili dell'integrazione operativa in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili.
4. Il direttore di distretto si avvale dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, in particolare per la definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della

popolazione interessata e per il monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle attività territoriali. L'atto aziendale di cui all'articolo 24 individua i componenti dell'ufficio di coordinamento nel rispetto delle disposizioni di cui al comma 2 dell'articolo 3 sexies del d.lgs. 502/1992.

Art. 33

(Dipartimenti)

1. L'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività degli enti del servizio sanitario regionale.
2. Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo autonomia tecnico-professionale, nonché autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.
3. I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti di cui all'articolo 31 per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.
4. Il dipartimento è preposto alla produzione e all'erogazione di prestazioni e servizi, nonché all'organizzazione e alla gestione delle risorse a tal fine assegnate. L'organizzazione dei dipartimenti, nel rispetto delle specificità organizzative di cui all'articolo 3 del d.lgs. 517/1999 per quanto attiene all'Azienda ospedaliero-universitaria, è caratterizzata da:
 - a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del direttore di dipartimento;
 - b) attribuzione al direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
 - c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie.
5. I dipartimenti sono istituiti tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, in conformità alle direttive della Giunta regionale di cui al comma 15 di questo articolo. Il predetto atto di organizzazione contiene altresì la definizione delle funzioni dipartimentali. I protocolli di intesa di cui all'articolo 6 stabiliscono le modalità di partecipazione dell'Università alla definizione dei dipartimenti e delle loro funzioni nell'Azienda ospedaliero-universitaria.
6. La Giunta regionale, anche su proposta del Comitato di coordinamento di cui all'articolo 21, può istituire dipartimenti interaziendali regolandone il funzionamento.

7. Il direttore del dipartimento è un dirigente con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento nominato, ai sensi della normativa statale vigente, dal direttore generale e, per l'Azienda ospedaliero-universitaria, d'intesa con il Rettore, all'interno di una rosa di candidati selezionata dal Comitato di dipartimento di cui al comma 9.
8. I direttori dei dipartimenti partecipano, nelle forme e con le modalità stabilite dall'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, ai processi decisionali della direzione aziendale, assicurano il funzionamento del dipartimento, secondo il modello organizzativo indicato dal Comitato di dipartimento, e hanno competenza in merito a:
 - a) gestione delle risorse attribuite, sentito il Comitato di dipartimento, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse e la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;
 - b) promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo di gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;
 - c) applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati;
 - d) verifica della conformità dei comportamenti e dei risultati agli indirizzi generali forniti dal direttore generale.
9. Il Comitato di dipartimento è un organismo collegiale con funzioni consultive, di indirizzo e di verifica; esprime i pareri previsti dall'atto di organizzazione di cui all'articolo 24 e supporta il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni.
10. Il Comitato di dipartimento è presieduto dal direttore di dipartimento e composto dai responsabili delle unità operative complesse e semplici appartenenti al dipartimento, oltre ai rappresentanti delle altre componenti professionali che partecipano ai percorsi assistenziali del dipartimento stesso. Ogni ente del servizio sanitario regionale disciplina le modalità di funzionamento del Comitato attraverso un apposito regolamento che può prevedere ulteriori componenti in ragione del proprio modello organizzativo, nel rispetto delle direttive della Giunta regionale di cui al comma 15. I componenti del Comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e decadono con la nomina dei loro successori.
11. In riferimento al dipartimento di salute mentale e al dipartimento di prevenzione si osserva quanto stabilito dal comma 3 dell'articolo 3 quinquies del d.lgs. 502/1992.
12. I dipartimenti per le dipendenze patologiche garantiscono l'integrazione socio-sanitaria con i soggetti ausiliari accreditati ai sensi della legge regionale 30 settembre 2016, n. 21 (Autorizzazioni e accre-

ditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati), con gli ambiti territoriali sociali e con gli enti del terzo settore.

13. I servizi psichiatrici di diagnosi e cura dei presidi ospedalieri dipendono funzionalmente dal dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria territoriale competente.
14. I dipartimenti predispongono annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale.
15. La Giunta regionale approva direttive vincolanti in merito all'istituzione e al funzionamento dei dipartimenti, nonché per disciplinare il funzionamento del Comitato di dipartimento.

Art. 34

(Dipartimento di prevenzione)

1. Il dipartimento di prevenzione è la struttura dell'Azienda sanitaria territoriale preposta all'organizzazione e alla promozione della tutela della salute della popolazione e al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni, le malattie e le disabilità.
2. Il dipartimento di prevenzione garantisce, in base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), le funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 7 ter del d.lgs. 502/1992 e a tal fine:
 - a) assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi relativi allo stato di salute della popolazione umana e animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;
 - b) assicura, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del servizio sanitario regionale e agli enti locali;
 - c) sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre strutture organizzative interessate, di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione;
 - d) garantisce l'istruttoria tecnico-sanitaria per le funzioni amministrative di competenza della Regione e degli enti locali;
 - e) garantisce la programmazione e l'esecuzione delle attività di prevenzione, controllo e vigilanza nei settori di competenza.
3. La Giunta regionale disciplina l'organizzazione del dipartimento di prevenzione ai sensi degli articoli 7 bis e 7 quater del d.lgs. 502/1992 e la realizzazione di un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione, attraverso atti di programmazione generale, indiriz-

zo e coordinamento delle strutture operative coinvolte.

4. Le modalità di raccordo e i rapporti tra i dipartimenti di prevenzione e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche sono disciplinati in conformità a quanto stabilito dalla l.r. 40/2013.
5. Il direttore del dipartimento di prevenzione, nominato dal direttore generale ai sensi della normativa statale vigente tra i direttori di struttura complessa del dipartimento con almeno cinque anni di anzianità di funzione, è responsabile del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate. In particolare:
 - a) garantisce l'integrazione e il coordinamento tra i servizi e le unità operative;
 - b) garantisce l'integrazione con il distretto e la collaborazione con i presidi ospedalieri, ai fini del perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 7 bis del d.lgs. 502/1992;
 - c) partecipa alle attività di programmazione dell'Azienda sanitaria territoriale;
 - d) è responsabile del budget assegnato, ne negozia la ripartizione interna con i responsabili delle strutture organizzative e lo gestisce in conformità con le indicazioni del direttore generale.
6. Il direttore del dipartimento di prevenzione è coadiuvato da un comitato direttivo composto dai responsabili dei servizi o unità operative e da una rappresentanza eletta con le modalità previste nell'atto aziendale di cui all'articolo 24.
7. Il dipartimento di prevenzione partecipa alla formulazione del Programma delle attività territoriali del distretto, anche attraverso il piano delle attività predisposto annualmente.

Art. 35

(Dipartimento interaziendale regionale di medicina trasfusionale)

1. Il Dipartimento interaziendale regionale di medicina trasfusionale (DIRMT), istituito ai sensi dell'articolo 25 della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale), gestisce le attività trasfusionali con l'obiettivo di garantire la loro sicurezza, l'autosufficienza regionale di emocomponenti e farmaci plasmaderivati e la razionalizzazione dei consumi, attraverso l'incremento della raccolta di sangue ed emocomponenti e la valutazione dell'appropriatezza delle richieste.
2. Ai fini di cui al comma 1, la Giunta regionale promuove la donazione, la valorizzazione delle associazioni operanti nel settore e la diffusione di informazioni.
3. Le funzioni produttive di medicina trasfusionale sono centralizzate in un polo unico di produzione e di qualificazione biologica, che afferisce al Dipartimento interaziendale regionale di medicina trasfu-

sionale ed è al servizio della rete trasfusionale regionale.

4. La Giunta regionale, ai sensi del comma 6 dell'articolo 33, individua il modello organizzativo del Dipartimento interaziendale regionale di medicina trasfusionale in coerenza con la normativa statale per l'esercizio delle funzioni produttive e medico-cliniche di medicina trasfusionale, anche attraverso la definizione delle modalità di programmazione e di finanziamento del servizio trasfusionale.

Art. 36

(Servizio professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica e servizio sociale professionale)

1. In attuazione della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica), negli enti del servizio sanitario regionale è istituito, tramite l'atto di organizzazione di cui all'articolo 24, il servizio delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione, tecnico-sanitarie e della professione sanitaria ostetrica, quale struttura di staff della direzione aziendale, dotato di autonomia tecnico organizzativa e gestionale, che può essere articolato su base dipartimentale, anche interaziendale.
2. E', altresì, istituito il servizio sociale professionale, la cui direzione è affidata al direttore socio-sanitario, nei limiti del personale assegnato all'Azienda sanitaria territoriale.

Art. 37

(Presidio ospedaliero)

1. Il presidio ospedaliero è l'articolazione organizzativa ospedaliera dell'Azienda sanitaria territoriale dotata di autonomia gestionale che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede nel medesimo territorio, con esclusione di quelli facenti parte dell'Azienda ospedaliero-universitaria. Il presidio ospedaliero assicura la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e i volumi di attività negoziati con la direzione dell'Azienda sanitaria territoriale.
2. La Giunta regionale, sentito il direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale e acquisito il parere della Commissione assembleare competente, individua il numero dei presidi ospedalieri di ogni Azienda sanitaria territoriale nel rispetto degli standard e dei requisiti previsti dalla normativa statale vigente.
3. Ai presidi ospedalieri è attribuita autonomia econo-

mico-finanziaria, con contabilità analitica separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria territoriale.

4. Le funzioni del presidio sono esercitate tramite i dipartimenti, che aggregano le unità operative presenti e assicurano l'integrazione della gestione tra più stabilimenti ospedalieri.
5. Ai sensi del comma 9 dell'articolo 4 del d.lgs. 502/1992, al presidio ospedaliero sono preposti dal direttore generale un dirigente amministrativo e un dirigente medico, individuato quale direttore del presidio.

CAPO VI

Vigilanza e controllo

Art. 38

(Controllo interno di gestione)

1. Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse, il direttore generale, avvalendosi di un'apposita unità organizzativa, effettua il controllo di gestione per verificare, mediante la valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, il grado di economicità, di efficacia e di efficienza raggiunto dall'ente nel conseguimento dei fini istituzionali.
2. Fermo restando quanto previsto dal comma 3 dell'articolo 6 della l.r. 47/1996, la Giunta regionale approva direttive finalizzate a disciplinare l'attività del controllo di gestione di cui al comma 1 secondo modalità e procedure uniformi.
3. Attraverso il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità previamente definiti in coerenza con il Piano attuativo di cui all'articolo 16 e con gli indirizzi di direzione aziendale; le disfunzioni e gli scostamenti eventualmente riscontrati sono segnalati ai responsabili delle strutture aziendali e alla direzione aziendale.
4. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

Art. 39

(Vigilanza e controllo regionale)

1. La Giunta regionale esercita il controllo sulla gestione degli enti del servizio sanitario regionale al fine di verificare il risultato di gestione raggiunto in termini di buon andamento e di conseguimento dell'equilibrio economico, con particolare riferimento all'economicità, all'efficacia e all'efficienza dell'attività svolta, alla conformità alle direttive e agli indirizzi

regionali, nonché agli obiettivi fissati dalla programmazione sanitaria statale e regionale.

2. La Giunta regionale persegue le finalità di cui al comma 1 anche attraverso l'attività di valutazione dei direttori generali, svolta con il supporto dell'Organismo indipendente di valutazione di cui alla lettera c) del comma 3 dell'articolo 24 della l.r. 18/2021.
3. Sono sottoposti al controllo della Giunta regionale:
 - a) il bilancio pluriennale di previsione;
 - b) il bilancio preventivo economico annuale e le relative variazioni;
 - c) il bilancio di esercizio e le relative variazioni;
 - d) il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di cui all'articolo 6 del d.l. 80/2021, convertito, con modificazioni, dalla legge 113/2021;
 - e) i programmi di spesa pluriennali.
4. Il controllo sul Piano attuativo è effettuato dalla Giunta regionale secondo le modalità di cui all'articolo 16.
5. Gli atti di cui al comma 3 sono trasmessi, muniti del parere del Collegio sindacale, entro quindici giorni dall'adozione a pena di decadenza. La Giunta regionale si pronuncia entro quaranta giorni dal ricevimento. Decorso inutilmente tale ultimo termine, gli atti diventano esecutivi.
6. Nei casi di particolare complessità dell'istruttoria, il termine di quaranta giorni di cui al comma 5 può essere prorogato dalla Giunta regionale per un massimo di venti giorni, mediante deliberazione comunicata all'ente interessato.
7. I termini per l'esercizio del controllo sugli atti di cui al comma 3 sono sospesi dal 1 al 31 agosto di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità e urgenza specificamente indicate e motivate.
8. Gli atti non soggetti a controllo sono efficaci dal giorno della pubblicazione all'albo nel sito informatico istituzionale dell'ente, salvo diversa espressa disposizione.
9. La Giunta regionale, su proposta del dirigente della struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità, può annullare gli atti illegittimi degli enti del servizio sanitario regionale per motivate ragioni di interesse pubblico e senza pregiudizio per i diritti acquisiti da terzi.
10. Ai fini dell'approvazione da parte della Giunta regionale, il direttore generale trasmette alla struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità, entro dieci giorni dall'adozione, la proposta di atto di organizzazione di cui all'articolo 24 o di modifica dello stesso. Nei quaranta giorni successivi al ricevimento, la Giunta regionale approva l'atto, eventualmente indicando le parti in contrasto con la programmazione e gli indirizzi della Regione. Il direttore generale adotta l'atto adeguandosi ai rilievi formulati.
11. La procedura di cui al comma 10 si applica anche ai fini dell'approvazione degli atti relativi al passag-

gio dei beni immobili dal patrimonio indisponibile a quello disponibile.

12. Per le attività di cui a questo articolo, la Giunta regionale si avvale delle strutture organizzative regionali competenti in materia finanziaria e in materia di sanità.
13. L'esercizio dell'attività ispettiva sugli enti del servizio sanitario regionale e su tutte le strutture pubbliche e private esercenti attività sanitarie e socio-sanitarie nel territorio regionale è regolato dalla legge regionale 6 febbraio 2020, n. 3 (Disciplina dell'attività ispettiva in materia sanitaria e socio-sanitaria).

Art. 40

(Controllo sugli organi)

1. Qualora gli organi degli enti del servizio sanitario regionale omettano di compiere un atto obbligatorio per legge, il Presidente della Giunta regionale, previa diffida con assegnazione di un congruo termine per provvedere, nomina un commissario ad acta.
2. La Giunta regionale dichiara la decadenza o la revoca del direttore generale, con risoluzione del relativo contratto, nei casi e con le modalità previsti dall'articolo 2 del d.lgs. 171/2016 e negli altri casi previsti dalla normativa statale, nonché dal contratto di cui all'articolo 26. Il contratto medesimo prevede comunque la decadenza del direttore generale in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico.
3. La sopravvenienza degli impedimenti di cui al comma 11 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992 è sempre causa di decadenza del direttore generale.
4. La Giunta regionale scioglie il Collegio sindacale di cui all'articolo 28 in tutti i casi in cui ricorrano gravi violazioni di legge. La Giunta regionale può altresì disporre la decadenza dei singoli membri del Collegio in caso di due assenze consecutive ingiustificate.

Art. 41

(Controllo di qualità)

1. La Regione, allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della popolazione, effettua mediante la struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità il controllo periodico di monitoraggio e di verifica dell'attività sanitaria erogata da soggetti pubblici e privati accreditati in attuazione dell'articolo 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133) e degli articoli 10, comma 1, e 14 del d.lgs. 502/1992.

CAPO VII

Riorganizzazione del servizio sanitario regionale

Art. 42

(Soppressione dell'ASUR, costituzione delle AST e incorporazione dell'Azienda ospedaliera Ospedali riuniti Marche Nord)

1. Nelle more del processo di riorganizzazione del servizio sanitario regionale, dalla data di entrata in vigore di questa legge gli atti di straordinaria amministrazione, nonché gli atti concernenti l'organizzazione dell'ente, il reclutamento del personale, il conferimento di incarichi dirigenziali e la sottoscrizione di contratti pluriennali sono adottati dall'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e dalle Aree Vaste di cui alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale), nonché dall'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" di cui alla legge regionale 22 settembre 2009, n. 21 (Istituzione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord"), previo nulla osta del direttore del dipartimento regionale competente in materia di sanità in conformità alle direttive impartite dalla Giunta regionale nell'esercizio delle funzioni di coordinamento e controllo.
2. La Giunta regionale può individuare ulteriori atti per i quali è necessario il nulla osta di cui al comma 1.
3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge, la Giunta regionale istituisce, ai sensi e con le modalità di cui all'articolo 19 della l.r. 18/2021, un'unità di progetto con funzioni di supporto tecnico-amministrativo per l'attuazione del processo di riorganizzazione degli enti del servizio sanitario regionale. La gestione dell'unità di progetto è affidata dalla Giunta regionale al direttore del dipartimento regionale competente in materia di sanità, coadiuvato dal direttore del dipartimento regionale competente in materia di bilancio.
4. Ai fini della riorganizzazione del servizio sanitario regionale, il direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dai direttori di Area vasta di cui all'articolo 10 della l.r. 13/2003, e il direttore generale dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord", coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, assicurano la loro collaborazione all'unità di progetto di cui al comma 3, mettendo a disposizione i dati necessari e provvedendo, entro e non oltre quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore di questa legge, alla ricognizione per le rispettive aziende, con apposite relazioni, del personale e dei fondi contrattuali determinati dalla contrattazione decentrata, dei rapporti giuridici attivi e passivi, delle liti pendenti, della situazione finanziaria, fiscale e patrimoniale.

le, comprensiva della redazione degli inventari dei beni mobili e immobili. Le relazioni sono trasmesse alla Giunta regionale e all'unità di progetto di cui al comma 3 e sono aggiornate, ove necessario, in relazione al termine di cui al comma 9.

5. La Giunta regionale, acquisita la proposta dell'unità di progetto, ai fini dell'istituzione delle Aziende sanitarie territoriali, della soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e dell'incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord" di cui ai commi 9 e 10, provvede entro il 31 ottobre 2022 a:
 - a) stabilire le modalità di subentro delle Aziende sanitarie territoriali nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi, di carattere finanziario, fiscale, patrimoniale facenti capo all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) alla data della soppressione, anche con riferimento alle reti, ai dipartimenti e ai centri regionali di cui al comma 7 dell'articolo 48, fatta salva la gestione liquidatoria di cui al comma 9;
 - b) definire le modalità di trasferimento delle risorse umane e finanziarie, nonché dei beni mobili e immobili dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) alle Aziende sanitarie territoriali;
 - c) adottare le misure necessarie ai fini dell'incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Marche Nord" nella costituenda Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino e, in particolare, in ordine al trasferimento delle risorse umane;
 - d) adottare gli atti necessari alla riorganizzazione del sistema degli acquisti degli enti del servizio sanitario regionale di cui all'articolo 44;
 - e) determinare gli indirizzi e i criteri per l'adozione dell'atto aziendale delle Aziende sanitarie territoriali, anche tenuto conto di quanto stabilito dai commi 9 e 10 dell'articolo 47.
6. La Giunta regionale adotta, altresì, ogni ulteriore atto necessario a portare a compimento il processo di riorganizzazione, anche con riferimento all'esigenza di implementare e armonizzare i sistemi informativi, assicurando la continuità dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.
7. Gli atti di cui ai commi 5 e 6 concernenti il personale sono adottati nel rispetto del sistema delle relazioni sindacali.
8. Ai fini di cui al comma 9 la Giunta regionale provvede a nominare i direttori generali delle Aziende sanitarie territoriali ai sensi dell'articolo 26.
9. Alla data del 31 dicembre 2022 l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è soppressa e dal 1° gennaio 2023 sono costituite e divengono operative le Aziende sanitarie territoriali, che subentrano all'ASUR senza soluzione di continuità, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6. In relazione alla soppressa Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) l'Azienda sanitaria territo-

riale di Ancona svolge, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6, la funzione di gestione liquidatoria delle attività e delle passività, di tutte le posizioni non trasferite alle Aziende sanitarie territoriali, nonché dei contenziosi giudiziari pendenti e di quelli residui delle disciolte UU.SS.LL. già facenti capo all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR). Le funzioni di commissario liquidatore sono svolte dal direttore generale dell'Azienda sanitaria territoriale di Ancona, che provvede altresì agli ulteriori adempimenti obbligatori per legge derivanti dalla soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR). Ai fini della gestione liquidatoria viene mantenuta la separazione contabile e la segregazione patrimoniale rispetto alla gestione contabile e patrimoniale dell'Azienda sanitaria territoriale di Ancona istituita con questa legge.

10. Dal 1° gennaio 2023, con la costituzione dell'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino, l'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è incorporata nella medesima Azienda sanitaria territoriale, che subentra a tutti gli effetti e senza soluzione di continuità nell'attività e nei rapporti giuridici attivi e passivi dell'Azienda ospedaliera cessata.
11. Il patrimonio dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord", costituito dai beni mobili e immobili ad essa appartenenti, comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità, è trasferito all'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino.
12. Con la soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e l'incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" gli organi in carica alla data di cui al comma 9 cessano dalle loro funzioni. I collegi sindacali in carica alla medesima data provvedono, comunque, all'assolvimento dei compiti di cui al comma 1 dell'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992 in relazione al periodo di competenza. Cessano, altresì, dalle loro funzioni i direttori amministrativi e i direttori sanitari dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nonché i direttori di Area vasta in carica alla medesima data.
13. Il personale in servizio nella soppressa Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) è trasferito senza soluzione di continuità alle Aziende sanitarie territoriali e quello in servizio nell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" è trasferito senza soluzione di continuità all'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino, conformemente a quanto previsto dall'articolo 31 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), sulla base dei criteri e delle modalità stabiliti dalla Giunta regionale ai sensi dei commi 5 e 6.
14. Il processo di riorganizzazione degli enti del servizio sanitario regionale è svolto garantendo la valo-

rizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la qualità e la sicurezza del lavoro e l'ottimale allocazione delle risorse per l'esercizio delle funzioni.

Art. 43

(Attribuzione di funzioni all'Agenzia regionale sanitaria)

1. Per le finalità di questa legge sono attribuite all'Agenzia regionale sanitaria (ARS) di cui alla l.r. 26/1996 le seguenti funzioni:
 - a) coordinamento della programmazione degli acquisti centralizzati di beni, servizi e lavori pubblici degli enti del servizio sanitario regionale e supporto tecnico e operativo alla Stazione unica appaltante (SUAM) di cui alla legge regionale 14 maggio 2012, n. 12 (Istituzione della Stazione Unica Appaltante della Regione Marche (SUAM)) secondo quanto previsto dall'articolo 44;
 - b) supporto agli enti del servizio sanitario regionale nella definizione del fabbisogno di personale;
 - c) supporto in relazione all'eventuale coordinamento di procedure concorsuali aggregate per il reclutamento del personale degli enti del servizio sanitario regionale, secondo quanto stabilito ai sensi della lettera c) del comma 4 dell'articolo 20 di questa legge;
 - d) raccolta, verifica, elaborazione dei flussi informativi e gestione dell'archivio regionale dei dati e delle informazioni di interesse sanitario, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali;
 - e) analisi, valutazione e monitoraggio dei fabbisogni, della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie e delle risorse correlate, anche ai fini della definizione di costi standard;
 - f) monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei contenuti informativi relativi agli adempimenti ministeriali e regionali;
 - g) indirizzo per la programmazione e l'organizzazione dei trasporti sanitari e del sistema di emergenza e urgenza;
 - h) indirizzo e coordinamento dei percorsi assistenziali ospedale-territorio, per la gestione del rischio clinico e la valutazione della qualità con attività di audit e misurazione degli esiti;
 - i) indirizzo e governo delle reti cliniche;
 - l) indirizzo, coordinamento e controllo dello sviluppo dei sistemi informativi e tecnologici del servizio sanitario regionale;
 - m) valutazione delle tecnologie biomediche e coordinamento delle funzioni di Health Technology Assessment (HTA);
 - n) promozione della ricerca, dello sviluppo, dell'in-

novazione in materia sanitaria e di integrazione socio-sanitaria;

- o) monitoraggio dell'attività degli Uffici relazioni con il pubblico (URP) degli enti del servizio sanitario regionale e degli strumenti di partecipazione dei cittadini e degli utenti.
2. L'Agenzia regionale sanitaria può svolgere, nell'ambito delle proprie competenze tecnico-specialistiche, d'intesa con la struttura organizzativa regionale competente in materia di sanità, attività di analisi, ricerca ed elaborazione dati a favore degli enti del servizio sanitario regionale, purché ciò non risulti incompatibile con lo svolgimento delle altre funzioni assegnate.
3. La Giunta regionale può attribuire all'Agenzia regionale sanitaria l'esercizio di ulteriori funzioni di coordinamento, assistenza e supporto al sistema sanitario regionale, per l'incremento del livello di efficacia e di efficienza del medesimo.
4. La Giunta regionale disciplina l'esercizio delle funzioni attribuite all'Agenzia regionale sanitaria ai sensi del comma 1.
5. Le funzioni di cui ai commi 1, 2 e 3 sono garantite attraverso le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Art. 44

(Sistema di acquisto degli enti del servizio sanitario regionale)

1. Al fine di favorire la centralizzazione degli acquisti di beni, servizi e lavori in ambito sanitario e della relativa programmazione, nell'intento di ottimizzare ed efficientare la spesa degli enti di cui all'articolo 22, l'Agenzia regionale sanitaria di cui all'articolo 4 della l.r. 26/1996, svolge:
 - a) funzioni di coordinamento della programmazione degli acquisti centralizzati di beni, servizi e lavori pubblici degli enti del servizio sanitario regionale;
 - b) funzioni di supporto tecnico e operativo alla stazione unica appaltante della Regione Marche (SUAM) di cui alla l.r. 12/2012 nelle attività di pianificazione e gestione delle procedure di acquisto centralizzato di beni, servizi e lavori pubblici per gli enti del servizio sanitario regionale in conformità alla disciplina dell'Unione europea e statale.
2. Le funzioni di cui al comma 1 possono essere esercitate dall'Agenzia regionale sanitaria anche avvalendosi delle strutture organizzative degli enti del servizio sanitario regionale, senza oneri aggiuntivi per il servizio sanitario regionale.
3. La Giunta regionale disciplina le modalità di esercizio delle funzioni previste da questo articolo.

CAPO VIII**Finanziamento del servizio sanitario regionale****Art. 45***(Finanziamento)*

1. Il finanziamento del servizio sanitario regionale è ripartito tra le diverse Aziende sanitarie territoriali, ivi compresi Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e INRCA, in base a criteri stabiliti dal Consiglio-Assemblea legislativa regionale, tenendo conto della popolazione residente e con le opportune ponderazioni riferite alle diverse categorie di bisogni, valutando, altresì, le specifiche attività assistenziali aventi valenza per più Aziende sanitarie territoriali, tenendo conto altresì degli indici di dispersione e di anzianità della popolazione, nonché delle zone disagiate per la particolare distanza dai capoluoghi di provincia e di regione.
2. Ai fini del riequilibrio delle risultanze economiche delle Aziende sanitarie territoriali, dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona è istituito, nell'ambito del fondo sanitario regionale, un fondo di riequilibrio fino all'8 per cento dello stanziamento totale.
3. I criteri per la remunerazione delle attività assistenziali dell'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche e dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (INRCA) di Ancona sono definiti dalla Giunta regionale, sentita la Commissione assembleare competente, sulla base di un sistema tariffario delle prestazioni e dei programmi assistenziali, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi con l'esercizio di specifiche attività assistenziali.
4. I criteri di riparto stabiliti dal Consiglio-Assemblea legislativa regionale sono aggiornati entro un anno dalla data di entrata in vigore di questa legge.

CAPO IX**Disposizioni finanziarie****Art. 46***(Disposizioni finanziarie)*

1. Dall'applicazione di questa legge non derivano né possono derivare nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale a legislazione vigente. All'attuazione di questa legge gli enti interessati provvedono con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.
2. Al finanziamento degli oneri derivanti da questa legge si provvede con le risorse iscritte annualmente nella Missione 13 - Tutela della salute, Programma 01 - Servizio sanitario regionale - finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei livelli essenziali

di assistenza (LEA) dello stato di previsione della spesa del bilancio regionale, nel rispetto della normativa vigente.

3. La copertura degli oneri derivanti dall'attuazione di questa legge di cui al comma 2, è garantita dalle assegnazioni annuali del Fondo sanitario regionale iscritte a carico del Titolo 1 - Entrate correnti di natura tributaria, contributiva e perequativa, del Titolo 2 - Trasferimenti correnti e del Titolo 3 - Entrate extratributarie dello stato di previsione dell'entrata del bilancio regionale, nel rispetto della normativa vigente.
4. Per gli anni 2022, 2023 e 2024 all'attuazione di questa legge si provvede fino all'importo massimo di euro 1.117.370.995,01 nel 2022, euro 2.869.279.045,12 nel 2023 ed euro 2.868.680.703,41 nel 2024 con le risorse già iscritte a carico della Missione 13, Programma 01, dello stato di previsione della spesa del bilancio regionale 2022-2024.
5. La copertura degli oneri di cui al comma 4 è garantita dalle assegnazioni del Fondo sanitario regionale già iscritte nello stato di previsione dell'entrata del bilancio regionale 2022-2024 nell'anno 2022 per euro 1.022.404.868,64 a carico del Titolo 1, per euro 4.000.000,00 a carico del Titolo 2 e per euro 90.966.126,37 a carico del Titolo 3; nell'anno 2023 per euro 2.741.797.288,79 a carico del Titolo 1, per euro 4.000.000,00 a carico del Titolo 2 e per euro 123.481.756,33 a carico del Titolo 3; nell'anno 2024 per euro 2.741.198.946,98 a carico del Titolo 1, per euro 4.000.000,00 a carico del Titolo 2 e per euro 123.481.756,33 a carico del Titolo 3.

CAPO X**Disposizioni transitorie e finali****Art. 47***(Disposizioni transitorie)*

1. Fino alla costituzione delle Aziende sanitarie territoriali, continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle leggi abrogate, nel rispetto di quanto previsto al capo VII di questa legge.
2. Continuano altresì ad applicarsi, dopo la data di entrata in vigore di questa legge, gli atti di Giunta regionale adottati ai sensi delle disposizioni regionali previgenti che risultano compatibili con le disposizioni della legge medesima.
3. Fino all'adozione dei regolamenti regionali di cui ai commi 4 e 7 dell'articolo 12, continuano ad applicarsi le disposizioni di cui ai regolamenti regionali 18 settembre 2014, n. 4 (Criteri e modalità di iscrizione nell'elenco delle associazioni operanti a livello regionale impegnate nella tutela del diritto alla salute in attuazione dell'articolo 24, comma 1 bis, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13) e 9 aprile 2015, n. 6 (Disciplina della composizione

e delle modalità di funzionamento dei Comitati di partecipazione dei cittadini alla tutela della salute. Attuazione dell'articolo 24, comma 3, della legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del servizio sanitario regionale)).

4. Le funzioni di cui alle lettere a), b) e c) del comma 1 dell'articolo 43 sono attribuite all'Agenzia regionale sanitaria a far data dalla soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), ai sensi del comma 9 dell'articolo 42.
5. La Giunta regionale adotta gli atti di cui al comma 4 dell'articolo 43, entro il termine di cui al comma 5 dell'articolo 42.
6. Gli organismi di partecipazione costituiti ai sensi delle disposizioni previgenti continuano a operare fino alla costituzione degli organismi previsti al capo II di questa legge. Gli organismi di cui agli articoli 8 e 9 sono costituiti entro trenta giorni dalla data di costituzione delle Aziende sanitarie territoriali; il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 10 è costituito entro trenta giorni dall'individuazione dell'articolazione territoriale dei distretti di cui al comma 8 di questo articolo.
7. In sede di prima applicazione di questa legge, il numero dei distretti, dei dipartimenti e dei presidi ospedalieri non può superare il numero di quelli esistenti alla data di entrata in vigore della legge medesima.
8. Le articolazioni territoriali dei distretti sono individuate, ai sensi della lettera e) del comma 3 dell'articolo 24 e nel rispetto del comma 7 di questo articolo, entro sei mesi dalla costituzione delle Aziende sanitarie territoriali. Fino all'individuazione dei distretti resta ferma l'articolazione distrettuale delle aree vaste dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) esistente alla data di entrata in vigore di questa legge.
9. In fase di riorganizzazione degli enti del servizio sanitario regionale e tenuto conto della soppressione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e dell'incorporazione dell'Azienda ospedaliera "Ospedali Riuniti Marche Nord" nell'Azienda sanitaria territoriale di Pesaro-Urbino, l'atto aziendale delle Aziende sanitarie territoriali di cui all'articolo 24 prevede, fermo restando il rispetto delle disposizioni normative vigenti e di quanto stabilito dalla contrattazione collettiva, l'eliminazione delle duplicazioni organizzative e funzionali relativamente alle strutture amministrative, tecniche e professionali non sanitarie preposte all'esercizio delle funzioni aziendali. Resta in ogni caso fermo per le strutture sanitarie il rispetto dei vincoli organizzativi e funzionali stabiliti dalle disposizioni statali vigenti.
10. Fino al completamento della riorganizzazione del servizio sanitario regionale, gli eventuali maggiori costi non immediatamente riassorbibili ai fini dell'invarianza finanziaria sono coperti da risorse derivanti da azioni di efficientamento. I costi non immediatamente riassorbibili, le azioni di efficien-

tamento e le risorse da queste generate sono inseriti nell'atto aziendale delle Aziende sanitarie territoriali e rendicontati nell'ambito della relazione sulla gestione del direttore generale allegata al bilancio di esercizio di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42).

11. Le risultanze positive delle azioni poste in essere per l'efficientamento di cui al comma 10 costituiscono obiettivo strategico del direttore generale assegnato dalla Giunta regionale all'atto della nomina ai sensi del comma 2 dell'articolo 2 del d.lgs. 171/2016.
12. Le disposizioni di cui ai commi 10 e 11 si applicano in ogni caso per i primi cinque anni dalla data di entrata in vigore di questa legge.

Art. 48

(Norme finali)

1. Questa legge costituisce titolo per la trascrizione ai sensi del comma 3 dell'articolo 5 del d.lgs. 502/1992.
2. Per quanto non previsto da questa legge, in materia di programmazione, contabilità e controllo degli enti del servizio sanitario regionale si applica la disciplina contenuta nella l.r. 47/1996.
3. L'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi", nata dalla fusione delle aziende ospedaliere "Umberto I" e "G.M. Lancisi e G. Salesi", acquisisce, d'intesa con il Rettore dell'Università Politecnica delle Marche, la denominazione di Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche.
4. Dalla data di entrata in vigore di questa legge, i riferimenti nella normativa regionale vigente all'Azienda ospedaliero-universitaria "Ospedali Riuniti Umberto I - G.M. Lancisi - G. Salesi" si intendono effettuati all'Azienda ospedaliero-universitaria delle Marche.
5. A decorrere dalla costituzione delle Aziende sanitarie territoriali:
 - a) i riferimenti all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), alle zone territoriali dell'ASUR e alle aree vaste dell'ASUR contenuti nella normativa regionale si intendono effettuati alle Aziende sanitarie territoriali ovvero, nel caso in cui rilevi la competenza territoriale, all'Azienda sanitaria territoriale competente per territorio;
 - b) le designazioni, le nomine e le individuazioni di rappresentanti nell'ambito di comitati, commissioni od organismi collegiali comunque denominati, attribuite da leggi regionali vigenti all'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR), sono effettuate dalle Aziende sanitarie territoriali d'intesa tra loro. In caso di mancato raggiungimento dell'intesa provvede la Giunta regionale.

Restano ferme le designazioni, le nomine e le individuazioni già effettuate alla data di entrata in vigore di questa legge;

- c) al comma 3 dell'articolo 4 della legge regionale 18 dicembre 2017, n. 38 (Disposizioni in favore dei soggetti affetti da fibromialgia e da sensibilità chimica multipla), le parole: "su proposta elaborata dall'ASUR" sono sostituite dalle seguenti: "su proposta elaborata d'intesa dalle Aziende Sanitarie Territoriali".
6. Nella normativa regionale le parole "piano sanitario", ovunque ricorrano, si intendono sostituite dalle seguenti: "Piano socio-sanitario regionale".
7. La Giunta regionale, nell'ambito dei provvedimenti di cui al comma 5 dell'articolo 42, adotta le misure organizzative necessarie in riferimento alle strutture istituite presso l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) ai sensi delle seguenti disposizioni:
 - a) articolo 3 della legge regionale 3 agosto 2020, n. 40 (Disposizioni relative alla presa in carico delle persone con disturbi della nutrizione e dell'alimentazione o del comportamento alimentare);
 - b) articolo 3 della legge regionale 24 marzo 2015, n. 9 (Disposizioni in materia di prevenzione, diagnosi precoce e cura del diabete mellito);
 - c) articolo 4, comma 2, della legge regionale 9 ottobre 2014, n. 25 (Disposizioni in materia di disturbi dello spettro autistico).
8. Al comma 1 dell'articolo 7 della l.r. 32/2014, le parole: ", secondo quanto previsto dall'articolo 9, commi 6 e 7, della l.r. 13/2003" sono sostituite dalle seguenti: "in modo da favorirne la coincidenza con gli ambiti dei distretti sanitari".
9. Al fine dell'attuazione del processo di riforma di cui a questa legge, in deroga a quanto stabilito dal comma 1 dell'articolo 7 della l.r. 32/2014 come modificato da questa legge, la delimitazione degli ambiti territoriali sociali di cui alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 8 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), già costituiti alla data di entrata in vigore di questa legge regionale, resta invariata fino al 31 dicembre 2023.
10. Entro un anno dalla data di entrata in vigore di questa legge, la Giunta regionale presenta al Consiglio-Assemblea legislativa regionale una o più proposte di legge finalizzate al coordinamento formale delle norme regionali vigenti in materia sanitaria con le disposizioni di questa legge e contenenti le eventuali disposizioni integrative e correttive che si rendano necessarie od opportune.

Art. 49

(Abrogazioni)

1. Sono o restano abrogate le seguenti leggi regionali:
 - a) 28 giugno 1994, n. 22 (Ridelimitazione degli

ambiti territoriali e norme per la gestione transitoria delle Unità Sanitarie Locali);

- b) 17 luglio 1996, n. 26 (Riordino del servizio sanitario regionale), escluso l'articolo 4;
 - c) 20 giugno 2003, n. 13 (Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale);
 - d) 6 novembre 2007, n. 15 (Incarichi di direzione di struttura complessa del servizio sanitario regionale);
 - e) 22 novembre 2010, n. 17 (Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale"), esclusi gli articoli 8, 18 e 19 e il comma 6 dell'articolo 20;
 - f) 01 agosto 2011, n. 17 (Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17), escluso l'articolo 29;
 - g) 04 giugno 2012, n. 19 (Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del servizio sanitario regionale");
 - h) 24 settembre 2012, n. 28 (Modifiche alla legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del servizio sanitario regionale" e alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale");
 - i) 11 novembre 2013, n. 36 (Disciplina del controllo sugli atti degli enti del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 "Riordino del servizio sanitario regionale");
 - l) 9 luglio 2020, n. 30 (Modifica alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale");
 - m) 30 luglio 2020, n. 34 (Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale").
2. Sono o restano inoltre abrogati:
 - a) il comma 2 dell'articolo 25 della legge regionale 19 novembre 1996, n. 47 (Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo delle Aziende sanitarie);
 - b) l'articolo 13 della legge regionale 28 ottobre 2003, n. 19 (Assestamento del bilancio 2003);
 - c) l'articolo 11 della legge regionale 20 gennaio 2004, n. 1 (Modificazioni delle leggi regionali contenenti disposizioni che attribuiscono il potere regolamentare alla Giunta regionale);
 - d) l'articolo 38 della legge regionale 19 febbraio 2004, n. 2 (Provvedimento generale di rifinanziamento e modifica di leggi regionali per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge finanziaria 2004));
 - e) il comma 1 dell'articolo 18 della legge regionale

- 2 agosto 2004, n. 17 (Assestamento del bilancio 2004);
- f) l'articolo 36 della legge regionale 24 dicembre 2004, n. 29 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (legge finanziaria 2005));
- g) l'articolo 31 della legge regionale 10 febbraio 2006, n. 2 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione (Legge Finanziaria 2006));
- h) l'articolo 21 della legge regionale 23 febbraio 2007, n. 2 (Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale della Regione - Legge finanziaria 2007);
- i) l'articolo 21 della legge regionale 22 dicembre 2009, n. 31 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2010 e pluriennale 2010/2012 della Regione (Legge finanziaria 2010));
- l) i commi 1, 2 e 3 dell'articolo 2 e l'articolo 6 della legge regionale 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);
- m) l'articolo 36 della legge regionale 31 ottobre 2011, n. 20 (Assestamento del Bilancio 2011);
- n) l'articolo 31 della legge regionale 27 novembre 2012, n. 37 (Assestamento del bilancio 2012);
- o) l'articolo 19 della legge regionale 27 dicembre 2012, n. 45 (Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale 2013 e pluriennale 2013/2015 della Regione (Legge Finanziaria 2013));
- p) l'articolo 12 della legge regionale 09 luglio 2013, n. 17 (Modifiche alla legge regionale 30 ottobre 1998, n. 36 "Sistema di Emergenza Sanitaria");
- q) l'articolo 1 della legge regionale 13 aprile 2015, n. 16 (Disposizioni di aggiornamento della legislazione regionale. Modifiche alla legge regionale 30 dicembre 2014, n. 36 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2015 e pluriennale 2015/2017 della Regione. Legge finanziaria 2015" e alla legge regionale 30 dicembre 2014, n. 37 "Bilancio di previsione per l'anno 2015 ed adozione del bilancio pluriennale per il triennio 2015/2017");
- r) l'articolo 2 della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 32 (Misure urgenti di adeguamento della legislazione regionale);
- s) i commi 6 e 7 dell'articolo 6 della legge regionale 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);
- t) gli articoli da 1 a 7 della legge regionale 21 marzo 2017, n. 8 (Modifiche alla Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale");
- u) l'articolo 2 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");
- v) gli articoli 10 e 17 della legge regionale 18 aprile 2019, n. 8 (Disposizioni di semplificazione e aggiornamento della normativa regionale);
- z) l'articolo 1 della legge regionale 13 giugno 2019, n. 15 (Modifiche di disposizioni in materia sanitaria e socio sanitaria);
- aa) l'articolo 8 della legge regionale 30 dicembre 2019, n. 43 (Misure urgenti di adeguamento della legislazione regionale).
3. È altresì abrogata ogni altra disposizione regionale incompatibile con questa legge.

Art. 50

(Dichiarazione d'urgenza)

1. Questa legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione Marche.

La presente legge regionale è pubblicata nel bollettino ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Marche.

Ancona, 8 agosto 2022

Il Presidente della Giunta regionale
Francesco Acquaroli