



Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18. (Testo coordinato)

Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale.

(B.U. 9 agosto 2007, n. 32)

Modificata da [l.r. 03/2012](#), [l.r. 18/2012](#)

Art. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [17](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#)

Titolo I. DISPOSIZIONI GENERALI

Capo I. DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1.

(Finalità e principi)

1. La presente legge definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale, nel contesto del piano regionale di sviluppo e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio-sanitarie.
2. La Regione Piemonte persegue gli obiettivi di salute tramite il metodo della valutazione dell'impatto sulla salute stessa di tutte le decisioni e scelte strategiche.
3. La programmazione socio-sanitaria regionale è basata sui seguenti principi:
 - a) tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali e interesse della collettività, ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;
 - b) primato della prevenzione e ruolo strategico delle attività di promozione della salute;
 - c) ruolo primario dei soggetti individuali e collettivi del territorio nell'identificazione dei bisogni di salute e delle azioni finalizzate al raggiungimento e mantenimento del benessere sociale;
 - d) orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
 - e) partecipazione degli enti locali, dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche;
 - f) omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità;
 - g) appropriatezza delle prestazioni, qualità e continuità delle stesse, attraverso

l'integrazione degli interventi sociali e socio-sanitari;
h) valorizzazione del sistema sanitario quale strumento di sviluppo sociale ed economico della Regione.

4. La legge stabilisce, altresì, i criteri per il riassetto del servizio sanitario regionale.

Titolo II. PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Capo I. STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Art. 2.

(I livelli e gli strumenti di programmazione)

1. La programmazione socio-sanitaria della Regione assicura, in coerenza con i principi di cui al 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) ed alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione.

3. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale:

a) i profili e piani di salute di cui all'articolo 14;

b) i piani attuativi delle aziende sanitarie locali (ASL) di cui all'articolo 15;

c) i piani attuativi delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 16;

d) i piani di zona di cui all'articolo 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento).

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

a) la relazione socio-sanitaria regionale di cui all'articolo 13;

b) la relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'articolo 17.

Capo II. IL CONCORSO DEI SOGGETTI ISTITUZIONALI, DEI SOGGETTI PARTECIPATIVI E DELLE AUTONOMIE LOCALI ALLA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Art. 3.

(Competenze della Regione)

1. Il Consiglio regionale approva con deliberazione il piano socio-sanitario regionale, di cui definisce la durata e gli aggiornamenti.

2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo tecnico-amministrativo e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, in conformità alle disposizioni del piano socio-sanitario regionale.

3. La Giunta regionale esercita attività di controllo, vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie.

4. La Giunta regionale, per svolgere le proprie funzioni di programmazione, si avvale del Consiglio regionale di sanità e assistenza (CORESA) di cui alla legge

regionale 4 luglio 1984 n. 30 (Istituzione del Consiglio regionale di sanità ed assistenza) e dell'Agenzia regionale per i servizi sanitari (ARESS).

Art. 4.

(Attribuzioni e funzionamento del CORESA)

1. Il CORESA partecipa al processo di programmazione socio-sanitaria con funzioni di parere e consulenza nei confronti della Giunta regionale e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria di cui all'articolo 108 della legge regionale 26 aprile 2000, n. 44 (di attuazione del d. lgs. 112/1998) così come sostituito dall'articolo 6 della presente legge.
2. Il CORESA, ai sensi di quanto previsto dal comma 1, è sentito obbligatoriamente in ordine:
 - a) alla formazione del piano socio-sanitario regionale e relativi aggiornamenti;
 - b) alla stesura del testo finale della relazione socio-sanitaria di cui all'articolo 13, commi 1 e 2;
 - c) all'attivazione di progetti riguardanti aree prioritarie di intervento socio-sanitario;
 - d) all'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale in ambito socio-sanitario;
 - e) ai criteri di indirizzo tematico della ricerca sanitaria finalizzata regionale;
 - f) ad iniziative di promozione della integrazione socio-sanitaria e di interazione fra salute ed ambiente.
3. Il CORESA esprime, inoltre, pareri in merito a specifiche richieste formulate dagli assessorati dell'amministrazione regionale competenti in materia socio-sanitaria.
4. Le modalità di funzionamento del CORESA sono disciplinate con apposito regolamento, assunto a maggioranza dei componenti. Il regolamento, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, può prevedere che il CORESA articoli le proprie attività per strutture competenti in materia e disciplinare i casi in cui è richiesta la convocazione dell'assemblea plenaria.
5. Il CORESA esprime i pareri entro quindici giorni dal ricevimento della richiesta; trascorso tale termine il parere si intende favorevole.

Art. 5.

(Presidente del CORESA)

1. Il Presidente del CORESA è eletto dal Consiglio stesso fra i suoi membri, a scrutinio segreto, a maggioranza assoluta dei componenti o, in secondo scrutinio, a maggioranza semplice.
2. In caso di assenza, impedimento, morte o dimissioni del Presidente, le relative funzioni sono svolte da un vice Presidente, nominato dal Presidente con le modalità previste nel regolamento di cui all'articolo 4, comma 4.
3. Il Presidente provvede a:
 - a) convocare l'assemblea plenaria;
 - b) predisporre l'ordine del giorno delle sedute;
 - c) designare uno o più relatori degli argomenti da trattare;
 - d) invitare a partecipare alle sedute, per l'esame di specifici problemi, esperti nelle materie attinenti gli argomenti all'ordine del giorno;

e) eseguire ogni altro adempimento demandatogli dal regolamento di cui all'articolo 4, comma 4.

4. I dirigenti regionali delle strutture competenti per materia hanno diritto di partecipare alle sedute dell'assemblea plenaria e delle sue eventuali articolazioni.

Art. 6.

(Sostituzione dell'articolo 108 della l.r. 44/2000)

1. L'articolo 108 della l.r. 44/2000, come inserito dall'articolo 10 della legge regionale 15 marzo 2001, n. 5, è sostituito dal seguente:

"Art. 108. (La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria)

1. La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 2-bis del d. lgs. 502/1992, è l'organo attraverso cui gli enti locali territoriali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria.

2. La Conferenza esprime parere, entro sessanta giorni dalla richiesta:

- a) sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
- b) sulla proposta di piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
- c) sulla relazione socio-sanitaria regionale.

3. La Conferenza può formulare proposte sui documenti di cui al comma 2, lettere a) e b).

4. La Conferenza valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla Conferenza i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.

5. La Conferenza, istituita con decreto del Presidente della Giunta regionale, è presieduta dal medesimo o da suo delegato ed è così composta:

- a) dal sindaco della città di Torino, o un suo delegato, nella sua qualità di Presidente delle conferenze dei presidenti di circoscrizione di cui all'articolo 15, comma 5, della legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10 (Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende sanitarie regionali);
- b) dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle ASL;
- c) dai presidenti delle province piemontesi;
- d) da tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani;
- e) da due rappresentanti della Lega delle autonomie locali;
- f) da un rappresentante della Associazione nazionale piccoli comuni d'Italia;
- g) da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani;
- h) da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello regionale;
- i) da un rappresentante del terzo settore.

6. I componenti di cui al comma 5, lettere d), e), f), g), h) e i) sono designati dalle rispettive organizzazioni di appartenenza.

7. Le modalità di funzionamento della Conferenza e delle sue eventuali articolazioni sono disciplinate da apposito regolamento, approvato con deliberazione della Giunta regionale, informata la commissione consiliare competente. Il medesimo provvedimento definisce altresì le modalità di raccordo della stessa con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali di cui all'articolo 6 della legge regionale 20 novembre 1998, n. 34 (Riordino delle funzioni e dei compiti amministrativi della Regione e degli enti locali).".

Art. 7.

(Conferenza dei sindaci di ASL e Conferenze dei presidenti di circoscrizione per la Città di Torino)

1. La Conferenza dei sindaci di ASL di cui all'articolo 15 della l.r. 10/1995 e, per la Città di Torino, le Conferenze dei presidenti di circoscrizione, concorrono alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria nelle forme e nei termini previsti dall'articolo 3, comma 14, del d. lgs. 502/1992, nonché dalle linee approvate dal Consiglio regionale.

2. La Conferenza, in particolare:

a) definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 15.

Eventuali scostamenti da tali linee debbono essere adeguatamente motivati dal direttore generale. Le linee di indirizzo sono elaborate sulla base delle previsioni dei profili e piani di salute di cui all'articolo 14;

b) esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio della ASL di riferimento e rimette alla Giunta regionale le proprie osservazioni. In caso di parere negativo la Giunta regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato;

c) esprime i pareri previsti all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del d. lgs. 502/1992, sull'operato del direttore generale dell'ASL e del direttore generale dell'azienda ospedaliera eventualmente insistente sul territorio di competenza;

d) può richiedere alla Regione la revoca del direttore generale dell'ASL e del direttore generale dell'azienda ospedaliera eventualmente insistente sul territorio di competenza, nel caso previsto dall'articolo 3-bis, comma 7, del d. lgs. 502/1992;

e) designa un componente del collegio sindacale dell'ASL e dell'azienda ospedaliera eventualmente insistente sul territorio di competenza;

f) esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

3. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dall'articolo 15 della l.r. 10/1995. Per le aziende sanitarie torinesi le competenze di cui al comma 2, lettere c), d) ed e) sono esercitate dalle Conferenze dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale riunite in seduta congiunta sotto la presidenza del sindaco o suo delegato.

Art. 8.

(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 è composto dai sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto di cui all'articolo 19. Per le aziende sanitarie torinesi i rinvii al Comitato dei sindaci di distretto devono intendersi riferiti al Comitato dei presidenti di circoscrizione di riferimento territoriale.

3. Al Comitato partecipano inoltre, con diritto di voto, il presidente della provincia ovvero, per le aziende sanitarie torinesi, il sindaco della città di Torino nella sua qualità di presidente delle Conferenze dei presidenti di circoscrizione ed il presidente dell'ente gestore dei servizi sociali.

4. Possono altresì partecipare, senza diritto di voto, il presidente della Conferenza dei sindaci dell'azienda territorialmente competente, il direttore del distretto ed il direttore dell'ente gestore dei servizi sociali.
5. Gli oneri per l'esercizio delle funzioni dei comitati sono a carico delle ASL interessate.

Art. 9.

(Atenei piemontesi)

1. Gli atenei piemontesi partecipano al processo di programmazione socio-sanitaria nel rispetto dei principi stabiliti dalla convenzione con la Regione.
2. La Regione elabora protocolli d'intesa con gli atenei, per la regolamentazione dell'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e, contestualmente, dell'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.
3. Per la predisposizione dei protocolli di intesa è costituita un'apposita commissione paritetica con funzione di supporto tecnico, nominata dalla Giunta regionale su designazione degli enti interessati. Per i problemi specifici delle singole sedi universitarie la commissione è articolata territorialmente.
4. La Regione elabora protocolli con gli atenei per la formazione di figure professionali afferenti al comparto socio- sanitario.

Art. 10.

(Partecipazione alla programmazione)

1. La Regione prevede, nella fase di elaborazione degli atti di programmazione, la partecipazione degli utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale, avvalendosi del contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate.
2. Ai sensi dell'articolo 14, comma 2, del d. lgs. 502/1992, la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare che si esprime nei trenta giorni successivi alla richiesta, istituisce e disciplina con proprio provvedimento un'apposita conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale in ogni azienda sanitaria, quale strumento partecipativo.
3. Con deliberazione del Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale, sentita la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, che si esprime entro trenta giorni dalla richiesta, sono definiti, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-quater, del d. lgs. n. 502/1992, i criteri e le modalità di coordinamento delle strutture operanti nell'area metropolitana.

Capo III. GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Art. 11.

(Piano sociosanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del piano regionale di sviluppo e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, rilevati attraverso gli strumenti di cui all'articolo 2 nonché attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.
2. Il piano socio-sanitario regionale è approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e previo parere della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, nell'anno di inizio del periodo al quale si riferisce la programmazione.

Art. 12.

(Contenuti del piano sociosanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio-sanitari regionali, definendo in particolare:
 - a) lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione;
 - b) le eventuali criticità presenti nel sistema;
 - c) i criteri per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi, ivi compresi quelli sovrazonali;
 - d) i criteri generali per l'attivazione di forme innovative di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie;
 - e) i criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali;
 - f) i metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali;
 - g) il quadro delle risorse umane e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi;
 - h) i principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi;
 - i) il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema, nell'ambito della competenza programmatoria pubblica;
 - l) i criteri e modalità di partecipazione dei cittadini alla spesa;
 - m) metodi e indicatori per la valutazione del sistema sanitario.
2. Il piano socio-sanitario regionale si attua attraverso gli strumenti di programmazione di cui all'articolo 2.

Art. 13.

(Relazione sociosanitaria e documenti informativi periodici)

1. La relazione socio-sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni socio-sanitarie aziendali e di un apposito sistema di indicatori, le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale.
2. La Giunta regionale presenta ogni tre anni la relazione socio-sanitaria e la trasmette al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
3. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale ogni anno un documento

di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito agli obiettivi di salute.

4. Il Consiglio regionale, in base ai risultati di salute della programmazione socio-sanitaria regionale emergenti dalla relazione socio-sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta regionale anche per adeguare gli strumenti di programmazione socio-sanitaria, da approvarsi da parte del Consiglio medesimo.

Art. 14.

(Profili e piani di salute)

1. Il profilo e piano di salute, di seguito denominato PEPS, è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.

2. È compito del PEPS:

a) definire gli obiettivi prioritari di salute e benessere;

b) identificare tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici;

c) attivare gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

3. I piani attuativi locali di cui all'articolo 15 recepiscono gli obiettivi di salute previsti dai PEPS relativi alla rete dei servizi socio-sanitari.

4. Il Comitato dei sindaci di cui all'articolo 8, sentiti i soggetti interessati e previa concertazione con i soggetti di cui all' articolo 10, comma 1, predispone il PEPS e lo approva a maggioranza.

5. Le ASL e le aziende ospedaliere di riferimento forniscono l'assistenza necessaria, assicurano la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS e garantiscono la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del distretto.

6. Ai fini di cui al comma 2, il PEPS orienta la programmazione e tiene conto degli atti fondamentali di indirizzo regionali, provinciali e comunali, compresi i piani di zona di cui all'articolo 2, e assicura il raccordo con altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il terzo settore.

7. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione dei PEPS, di concerto con le province.

8. Il PEPS ha la durata del piano socio-sanitario regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

Art. 15.

(Piani attuativi locali)

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi impartiti dalle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 7, le ASL programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, quanto previsto dai PEPS di distretto e dai piani di zona di cui all'articolo 2; il piano attuativo locale ha la durata del piano socio-sanitario regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.

2. La Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7, in base alle risultanze dei PEPS,

determina gli indirizzi e definisce i criteri per la elaborazione del piano attuativo locale da parte delle ASL.

3. Il direttore generale dell'ASL, previo confronto con i soggetti di cui all'articolo 10, adotta il piano attuativo e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci, per acquisirne il parere.

4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato, corredato del parere della Conferenza dei sindaci, alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale.

5. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per distretti.

6. Il direttore generale dell'ASL adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento, previa intesa, per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con il Comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 8, e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci e alla Giunta regionale.

7. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare che si esprime nei trenta giorni successivi alla richiesta, delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente articolo.

Art. 16.

(Piani attuativi delle aziende ospedaliere)

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi e valutazioni della Conferenza dei sindaci dell'ASL nel cui territorio è ubicata, l'azienda ospedaliera programma le attività di propria competenza, tenendo conto di quanto previsto dai PEPS di distretto e dai piani di zona di cui all'articolo 2;

2. Il piano attuativo ospedaliero ha la durata del piano socio-sanitario regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.

3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera, previo confronto con i soggetti di cui all'articolo 10, adotta il piano attuativo ospedaliero e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci di cui al comma 1 per l'acquisizione del parere di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale, lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento.

4. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività.

5. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera adotta il programma annuale di attività di cui al comma 4 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci e alla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare che si esprime nei trenta giorni successivi alla richiesta, delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente articolo.

Art. 17.

(Relazione sociosanitaria aziendale)

1. La relazione socio-sanitaria aziendale è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla

programmazione socio-sanitaria regionale e aziendale, anche sulla base di un apposito insieme di indicatori di valutazione.

2. La relazione socio-sanitaria aziendale è predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. La relazione socio-sanitaria aziendale è trasmessa:

a) dalle ASL alla Giunta regionale e alla Conferenza dei sindaci;

b) dalle aziende ospedaliere alla Giunta regionale e alla Conferenza dei sindaci dell'ASL nel cui territorio sono ubicate.

4. Le Conferenze dei sindaci esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni socio-sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale, anche ai fini della valutazione sull'operato del direttore generale.

Titolo III. RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Capo I. RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 18.

(Nuovi ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali)

1. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sono individuate le nuove ASL ed i relativi ambiti territoriali.

2. Gli ambiti territoriali delle nuove aziende corrispondono, di norma, ai territori delle province, ferma restando la facoltà di mantenere nelle aziende, in relazione ai bisogni dei cittadini, comuni di altra provincia.

3. Nel caso in cui la singola provincia abbia una popolazione superiore a 400.000 abitanti, è facoltà del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, di individuare un numero maggiore di aziende.

4. Al fine del miglioramento della funzionalità dei servizi, con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, anche su iniziativa degli enti locali, può essere disposto lo spostamento di singoli comuni o di circoscrizioni da uno ad altro ambito territoriale aziendale. A tal fine la Giunta regionale acquisisce il parere delle conferenze dei sindaci o dei presidenti di circoscrizione interessate.

5. Le nuove ASL sono costituite in azienda, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con decreto del Presidente della Giunta regionale, con il quale è altresì dichiarata l'estinzione delle ASL preesistenti.

Art. 19.

(Articolazione distrettuale delle ASL e delle attività sociosanitarie)

1. I distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, costituiscono l'articolazione territoriale delle ASL e l'ambito ottimale per l'integrazione delle attività socio-sanitarie. Per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, individua criteri specifici per il dimensionamento ottimale dell'ambito distrettuale.

2. L'articolazione distrettuale viene realizzata al fine di:

a) governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative

dei servizi necessari;

b) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;

c) promuovere iniziative di corretta comunicazione ed informazione ai cittadini;

d) garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;

e) assicurare il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;

f) valutare l'efficacia degli interventi.

3. La definizione degli ambiti territoriali distrettuali spetta al direttore generale, sulla base dei criteri di cui al comma 1 e delle finalità indicate al comma 2, d'intesa con la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7. In caso di mancato accordo la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato.

Art. 20.

(Aziende ospedaliere)

1. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sono individuate le aziende ospedaliere del sistema sanitario regionale contestualmente all'assegnazione alle stesse dei singoli presidi.

2. Le aziende ospedaliere, individuate con le modalità del comma 1, dotate di personalità giuridica pubblica, sono costituite con decreto del Presidente della Giunta regionale.

Art. 21.

(Aziende ospedaliere universitarie)

1. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale formulata previa intesa con gli atenei piemontesi, sono individuate le aziende ospedaliere-universitarie contestualmente all'assegnazione alle stesse dei singoli presidi.

2. Le aziende di cui al comma 1, dotate di personalità giuridica pubblica, sono costituite con decreto del Presidente della Giunta regionale.

3. La Giunta regionale, previa intesa con gli atenei piemontesi, definisce il funzionamento delle aziende sulla base dei seguenti principi:

a) individuazione di un organismo paritetico di indirizzo strategico con compiti di definizione, nell'ambito dei contenuti della programmazione socio-sanitaria di cui all'articolo 9 e agli articoli del titolo II, capo III, degli obiettivi annuali e pluriennali di attività e di verifica della rispondenza fra questi e le risorse finanziarie assegnate;

b) articolazione dipartimentale integrata di tutte le strutture aziendali;

c) gestione unificata del patrimonio e delle risorse umane e strumentali.

Art. 22.

(Articolazione territoriale degli enti gestori dei servizi socioassistenziali)

1. La coincidenza fra gli ambiti territoriali dei distretti di cui all'articolo 19 e quelli degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali costituisce la forma idonea

per la gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie e rappresenta l'obiettivo di piano da raggiungere.

1+>1 bis. Qualora si verifichi la coincidenza territoriale tra distretto ed ente gestore dei servizi socio assistenziali, il comitato dei sindaci di distretto di cui all'articolo 8 e l'assemblea dei sindaci dell'ente gestore operano in modo congiunto e contestuale, assumendo la denominazione di comitato territoriale socio sanitario dei sindaci. <+1

2=>2. La Regione promuove ed incentiva, anche finanziariamente, il raggiungimento di tale coincidenza, destinando, sentita la commissione consiliare competente, una significativa incentivazione agli enti gestori che hanno raggiunto o si impegnano a raggiungere l'obiettivo di cui al comma 1. <=2

3+>2 bis. Le azioni di cui al comma 2 trovano copertura finanziaria nell'UPB DB19021. <+3

4 >

Art. 23

(Forme di coordinamento sovrazonale e di integrazione funzionale dei servizi)

1. Al fine di promuovere il passaggio del servizio sanitario regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, conseguendo, in tal modo, il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, con le stesse modalità di cui all'articolo 20 comma 2, sono costituite le Federazioni Sovrazonali, di seguito denominate FS.

2. La FS, a cui aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area sovrazonale, è una nuova società consortile a responsabilità limitata di diritto privato.

3. Alla FS sono attribuite, progressivamente ed in tempi successivi, secondo i principi di economicità, trasparenza, efficienza ed efficacia, le funzioni di:

- a) piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari;
- b) gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;
- c) sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- d) gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- e) programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- f) gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (HTA e HTM);
- g) gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- h) gestione degli affari legali.

4. Oltre alle funzioni di cui al comma 3, la Giunta regionale individua, qualora necessario per incrementare ulteriormente il livello di efficacia e di efficienza del servizio sanitario regionale, i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni vengono espletate dalla FS.

5. La Giunta regionale provvede annualmente ad individuare gli obiettivi che le

FS devono raggiungere ed ad effettuare un monitoraggio costante delle attività intraprese dalle FS.

6. Gli organi della FS sono:

- a) l'Assemblea consortile, costituita dai direttori generali delle aziende sanitarie consorziate;
- b) l'Amministratore unico, nominato dall'Assemblea consortile su designazione del Presidente della Giunta regionale;
- c) il Collegio sindacale, nominato dall'Assemblea consortile.

7. L'Assemblea consortile è costituita dai soci della FS. I soci sono le aziende sanitarie dell'area, ciascuna delle quali ha quota paritaria di partecipazione. La quota non è trasferibile a terzi. I soci consorziati si obbligano a conferire alla FS, attraverso appositi accordi contrattuali, le funzioni operative previste dal comma 3, nonché a collaborare al conseguimento degli scopi consortili, anche mettendo a disposizione le proprie conoscenze tecniche, le capacità professionali e i mezzi necessari. I soci hanno l'obbligo di versare contributi per il funzionamento della FS, ai sensi degli articoli 2615ter, 2472 e seguenti del codice civile.

8. L'Amministratore unico ha la responsabilità organizzativa e gestionale della FS, ne assume la rappresentanza legale e definisce entro trenta giorni dalla nomina lo statuto dell'ente che, sentita la commissione consiliare competente, è approvato dalla Giunta regionale nei successivi trenta giorni. Lo statuto, nell'ambito dei principi fissati dalla legge, stabilisce le norme per l'organizzazione e il funzionamento della FS, nonché i criteri relativi all'entità dei contributi versati dalle aziende sanitarie alla FS. L'incarico ha durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, è rinnovabile ed è disciplinato da apposito contratto di diritto privato. Il rapporto di lavoro deve essere a tempo pieno ed esclusivo. Qualora l'Amministratore unico sia dipendente pubblico si applicano le disposizioni di cui all'articolo 3 bis, comma 11 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i.

9. Il Collegio sindacale è composto da tre membri nominati dall'Assemblea consortile fra i componenti dei collegi sindacali delle aziende sanitarie regionali afferenti alla FS senza oneri aggiuntivi per quest'ultima. Il Collegio dura in carica per lo stesso periodo del mandato dell'Amministratore unico ed è rinnovabile. I compiti e le modalità di funzionamento del Collegio sono quelli previsti per il Collegio dei revisori delle aziende sanitarie regionali in quanto compatibili.

10. La FS non ha personale proprio. La FS si avvale, per l'attuazione dei compiti istituzionali, di personale assegnato funzionalmente alla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali. Tale personale rimane incardinato, sia relativamente allo stato giuridico, sia per quanto concerne il trattamento economico, nell'ente di provenienza.

11. L'Amministratore unico invia, in allegato al bilancio consuntivo, una relazione annuale sull'attività svolta all'Assemblea consortile, alla Giunta regionale e alla commissione consiliare competente. Oltre che l'Assemblea consortile, la Giunta regionale verifica i risultati della gestione in relazione agli indirizzi e agli obiettivi assegnati e presenta una relazione al Consiglio regionale entro il 31 marzo di ciascun anno. Su mandato della Giunta regionale, l'Assemblea consortile provvede a rimuovere l'Amministratore unico

dall'incarico, qualora dalla verifica emerga una valutazione negativa del suo operato e ne dichiara la decadenza in caso di sopravvenienza di cause di incompatibilità ovvero per gravi violazioni di legge o rilevanti inadempienze contrattuali. In tale ipotesi, l'Assemblea consortile provvede al commissariamento della FS fino alla nomina del nuovo Amministratore unico, che deve essere effettuata entro novanta giorni.

12. In sede di prima attivazione, le funzioni della FS vengono effettuate presso la sede legale dell'azienda sanitaria afferente, dotata del bilancio più consistente. ^{≤4}

Titolo IV. DISPOSIZIONI TRANSITORIE ED ABROGATIVE

Capo I. DISPOSIZIONI TRANSITORIE ED ABROGATIVE

Art. 24.

(Disposizioni transitorie)

1. Le aziende sanitarie regionali di nuova costituzione succedono alle aziende estinte in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere già di titolarità delle aziende preesistenti relativi alle funzioni ed attività ad esse conferite, assumendone i relativi diritti e obblighi.
2. I direttori generali, entro centottanta giorni dalla data della costituzione delle aziende sanitarie regionali, adottano l'atto aziendale di cui all'articolo 3 del d. lgs. 502/1992.
3. Nelle nuove ASL derivate dalla fusione di due o più aziende preesistenti, sino alla costituzione del nuovo collegio sindacale, le relative funzioni sono svolte dal Collegio sindacale dell'azienda che nell'anno precedente ha presentato la maggior entità di risorse gestite desumibili dalle assegnazioni regionali. Per le restanti ASL continua ad operare, sino alla sua naturale scadenza, il Collegio sindacale in carica. Con lo stesso criterio è individuata la sede legale provvisoria fino all'individuazione della sede definitiva da parte della Giunta regionale su proposta del direttore generale e previo parere della Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 7.
4. Con decreto del Presidente della Giunta regionale, i beni patrimoniali mobili ed immobili, previa ricognizione dei medesimi, sono ricondotti al patrimonio dell'azienda di destinazione. Il provvedimento della Giunta regionale costituisce titolo per la trascrizione nei pubblici registri ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del d. lgs. 502/1992.
5. Con provvedimento della Giunta regionale sono definiti i criteri e le modalità di gestione della contabilità economico-finanziaria e patrimoniale relativa agli anni precedenti e le modalità di gestione delle attività e passività pregresse. Con il medesimo provvedimento sono altresì definite le modalità per la gestione transitoria dei servizi di tesoreria.

Art. 25.

(Abrogazione di norme)

1. Sono abrogati gli articoli 2, 5, 6 e 8 della l.r. 30/1984, come da ultimo modificati dalla legge regionale 25 ottobre 1996, n. 78.
2. A far data dall'entrata in vigore della deliberazione di cui all'articolo 3,

comma 1, è abrogata la legge regionale 12 dicembre 1997 n. 61 (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997/1999).

3. A far data dall'entrata in vigore delle deliberazioni di cui agli articoli 18, comma 1, 20 comma 1 e 21 comma 1, è abrogata la legge regionale 22 settembre 1994 n. 39 (Individuazione delle aziende sanitarie regionali).

⁺¹ Aggiunto dall' [art. 2 della l.r. 3/2012.](#)

⁼² Sostituito dall' [art. 2 della l.r. 3/2012.](#)

⁺³ Aggiunto dall' [art. 16 della l.r. 18/2012.](#)

⁴ Articolo sostituito dall' [art. 2 della l.r. 3/2012.](#)