

Legge regionale 12 novembre 2012, n. 18

Testo multivigente Iter dell'Atto Fascicolo virtuale Istruttoria Verbali Regolamenti attuativi Controllo di attuazione Senso @Iternato Multimedia

Documento vigente al 11/04/2013

Date di vigenza che interessano il documento:

16/11/2012 entrata in vigore

11/04/2013 modifica

Vedi documento vigente alla data:

Regione Umbria
LEGGE REGIONALE 12 novembre 2012 , n. 18
Ordinamento del servizio sanitario regionale

Pubblicazione: Bollettino Ufficiale n. 50 del 15/11/2012

Il Consiglio regionale ha approvato. La Presidente della giunta regionale promulga la seguente legge:

TITOLO I*DISPOSIZIONI GENERALI***Art. 1***(Oggetto, finalità e principi)*

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

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

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

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

b) l'adozione di percorsi assistenziali integrati come metodologia di lavoro corrente per la gestione delle patologie prevalenti, a garanzia della continuità della presa in carico del bisogno di cura individuale, dalla fase di acuzie e sub-acuzie a quella riabilitativa e di gestione della cronicità.

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

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

Art. 2*(Assetto istituzionale)*

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio sanitario regionale la Regione e i comuni.
2. I compiti di gestione dei servizi sanitari sono esercitati dalle aziende sanitarie regionali distinte in aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere e aziende ospedaliero-universitarie.
3. Alla determinazione ed al perseguimento delle finalità del Servizio sanitario regionale concorrono l'Università degli Studi di Perugia e l'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche di cui alla [legge regionale 19 febbraio 1997, n. 5](#) (Norme per la organizzazione e la gestione dell'Istituto zooprofilattico sperimentale dell'Umbria e delle Marche), nonché gli enti sanitari e assistenziali pubblici e organismi privati accreditati operanti nel territorio regionale.

Art. 3

(Competenze della Regione)

1. Spettano alla Regione le funzioni di pianificazione, programmazione, indirizzo, coordinamento, monitoraggio e controllo, verifica e valutazione delle attività svolte nell'ambito del Servizio sanitario regionale, nonché le altre funzioni ad essa demandate dalla normativa statale.
2. La Giunta regionale, con propri atti, definisce modalità e criteri per regolare la produzione e l'erogazione dei servizi sanitari da parte degli operatori pubblici e privati nel territorio regionale.
3. La Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza della gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e di prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, adotta direttive vincolanti per le aziende sanitarie regionali, informandone contestualmente il Consiglio regionale.
4. La Giunta regionale, anche attraverso il sistema integrato in rete delle strutture erogatrici di prestazioni sanitarie, fornisce alle aziende sanitarie regionali supporti tecnico-scientifici sotto forma di linee-guida, protocolli e altre norme di buona pratica professionale finalizzate anche al perseguimento della appropriatezza.
5. La Giunta regionale svolge attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie regionali, anche in relazione al controllo di gestione, ai controlli interni ed alla valutazione di qualità, quantità e costi delle prestazioni sanitarie.
6. La Giunta regionale acquisisce le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione, indirizzo, valutazione e verifica dell'efficacia degli interventi, mediante l'osservatorio epidemiologico regionale di cui all' [articolo 56](#) .
7. La Giunta regionale verifica annualmente lo stato di realizzazione dei piani attuativi delle aziende sanitarie regionali di cui all' [articolo 37](#) anche in base alla relazione di cui all' [articolo 40](#) trasmessa dai direttori generali.
8. La Giunta regionale, a completamento di ogni ciclo di programmazione sanitaria regionale, predisponde la relazione di cui all' [articolo 39, comma 1](#) , finalizzata alla valutazione del Servizio sanitario regionale.
9. Il Consiglio regionale approva il Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 36](#) .

Art. 4

(Competenze del comune)

1. Il comune partecipa alla realizzazione degli obiettivi del Servizio sanitario regionale concorrendo alla programmazione sanitaria regionale.
2. Il comune in particolare tutela i cittadini nel loro diritto alla promozione ed alla difesa della salute e svolge le funzioni relative alla tutela dell'ambiente di vita avvalendosi dei servizi dei dipartimenti di prevenzione di cui all' [articolo 31](#) e dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente di cui alla [legge regionale 6 marzo 1998, n. 9](#) (Norme sulla istituzione e disciplina dell'Agenzia regionale per la protezione dell'ambiente (A.R.P.A.)).
3. Il comune può, altresì, presentare alle unità sanitarie locali osservazioni e proposte per la salvaguardia dei diritti e della dignità dei propri cittadini, nonché per il miglioramento delle condizioni di erogazione delle prestazioni sanitarie e contribuisce al perseguimento di obiettivi di integrazione tra i servizi socioassistenziali e quelli sanitari.
4. Il comune, previa verifica di compatibilità con la programmazione regionale da parte della Giunta regionale, può concordare con l'azienda unità sanitaria locale particolari forme di assistenza sanitaria che integrino i livelli stabiliti dalla Regione, purché i relativi costi siano sostenuti interamente dal comune stesso.

Art. 5

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

1. Le aziende sanitarie regionali pianificano le attività ed i servizi sulla base di percorsi assistenziali in grado di assicurare la continuità delle cure attraverso un modello integrato tra servizi territoriali e servizi ospedalieri.
2. Le aziende sanitarie regionali devono garantire il coordinamento delle prestazioni correlate alle condizioni di salute del singolo attraverso l'integrazione degli operatori, con l'obiettivo di dare una risposta appropriata sia in termini di qualità che di compatibilità con le risorse disponibili.
3. La Giunta regionale definisce, con proprio atto, un sistema di indicatori per verificare gli standard organizzativi, l'appropriatezza, la qualità ed i risultati conseguiti dal percorso assistenziale.
4. La Giunta regionale con regolamento disciplina l'organizzazione e il funzionamento del nucleo tecnico per il controllo di gestione ed il controllo di qualità al fine di monitorare la spesa e valutare i servizi erogati dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

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

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

Art. 6

(Istituzione delle unità sanitarie locali)

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

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

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

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

Art. 7

(Organizzazione delle unità sanitarie locali)

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

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

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

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

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

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

f) coordinamento tra attività sanitarie ed attività sociali;

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

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

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

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

Art. 8

(Aziende ospedaliere)

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 9

(Aziende ospedaliero-universitarie)

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

2. Le modalità di costituzione della Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e della Azienda ospedaliero-universitaria di Terni sono disciplinate dal [comma 3](#).

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

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

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

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

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

Art. 10

(Atto aziendale)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 11

(Università)

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 12

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

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

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

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

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

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

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

4. Sono attribuite al CAL, limitatamente alle aziende ospedaliere e alle aziende ospedaliere universitarie le funzioni di cui all' [articolo 13, comma 6](#) , lettere a), b), c) ed e). **Il CAL esercita, altresì, con riferimento alle aziende ospedaliere, le funzioni di cui all' [articolo 13, comma 6, lettera h-bis](#) .** ¹³¹

Art. 13

(Conferenza dei sindaci)

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

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

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

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

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

6. La Conferenza dei sindaci esercita le seguenti funzioni:

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

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

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

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

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

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

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

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

h-bis) designa un componente del Collegio sindacale dell'Azienda unità sanitaria locale di cui all' [articolo 22](#) .¹⁴¹

TITOLO II

ORGANI E ORGANISMI TECNICO CONSULTIVI DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

CAPO I

ORGANI

Art. 14

(Organi delle aziende sanitarie regionali)

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

a) il Direttore generale;

b) il Collegio di direzione;

c) il Collegio sindacale.

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

Art. 15

(Direttore generale: poteri e competenze)

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

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

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

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

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

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

e) la nomina dei componenti del collegio sindacale;

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

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

h) gli atti di bilancio;

i) la predisposizione dei piani attuativi di cui all' [articolo 37](#) .

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

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

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

Art. 16

(Direttore generale: nomina e rapporto di lavoro)

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

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

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

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

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

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

7. La Giunta regionale può modificare, per motivate esigenze organizzative e gestionali, la sede di assegnazione degli incarichi già conferiti a direttori generali di aziende sanitarie regionali. La mobilità interaziendale non comporta ulteriori variazioni al contratto originario, fatta salva la sede di assegnazione riportata nell'atto di accettazione. La mancata accettazione della variazione di sede comporta la risoluzione del contratto.

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

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

Art. 17

(Elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende [...]^{LS1} e degli enti del Servizio sanitario regionale^{LS1})

1. L'elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende sanitarie regionali già istituito dalla Giunta regionale ai sensi della [legge regionale 20 luglio 2011, n. 6](#) (Disciplina per l'attribuzione degli incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla [legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15](#)), la cui istituzione è conformata dalla presente legge, [ridenominandolo Elenco regionale dei candidati idonei alla nomina di Direttore generale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale^{LS1}](#) è aggiornato ogni due anni ed è pubblicato nel sito internet istituzionale e nel Bollettino ufficiale della Regione.

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

3. La Giunta regionale ai fini della selezione dei candidati per l'inserimento nell'elenco degli idonei si avvale di una commissione costituita in prevalenza da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti dalla Regione medesima [di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali^{LS1}](#) . Ai componenti della commissione non spetta alcun compenso.

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

Art. 18

(Valutazione dell'attività del Direttore generale)

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

2. La Giunta regionale per i procedimenti di cui al presente articolo si avvale del supporto tecnico delle proprie strutture anche attraverso l'istituzione con proprio atto di un apposito organismo di valutazione. La Giunta regionale con l'atto istitutivo stabilisce la composizione ed il funzionamento dell'organismo di valutazione, prevedendo comunque la presenza di componenti esterni esperti di valutazione dei sistemi sanitari. Ai componenti dell'organismo di valutazione non spetta alcun compenso.

3. Le strutture di valutazione di cui al [comma 2](#) provvedono a:

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

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

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

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

Art. 19

(Decadenza e revoca del Direttore generale)

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

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

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

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

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

d) l'esito negativo della valutazione di cui all' [articolo 18](#) ;

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

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

[3.] ¹⁹¹

3. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o impedimento del Direttore generale si applica quanto previsto dal [comma 6 dell'articolo 3 del d.lgs. 502/1992](#) ¹¹⁰

3-bis) La Giunta regionale in caso di decadenza e di revoca del Direttore generale procede alla sua sostituzione ai sensi dei commi 6 e 7 dell' [articolo 3-bis del d.lgs. 502/1992](#) . ¹¹¹

[Art. 20] ¹¹²¹

Art. 20

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

1. La nomina del Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria avviene d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia, attingendo all'elenco regionale di cui all' [articolo 17](#) , nel rispetto di quanto previsto dall' [articolo 3-bis del d.lgs. 502/1992](#) e dall' [articolo 4, comma 2 del d.lgs. 517/1999](#) .

2. Le procedure di verifica dei risultati, di conferma, di decadenza e di revoca del Direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria sono disciplinate dai protocolli d'intesa tra la Regione e l'Università degli Studi di Perugia, sulla base dei principi di cui all' [articolo 3-bis del d.lgs. 502/1992](#) .

¹¹³¹

Art. 21

(Collegio di direzione)

1. Presso ogni azienda sanitaria regionale è istituito il Collegio di direzione. Il Collegio di direzione, in particolare:
 - a) concorre al governo delle attività cliniche;
 - b) partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione;
 - c) indica le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.
2. Il Collegio di direzione concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.
3. Nelle aziende ospedaliere universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica.
4. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante, la composizione e il funzionamento del Collegio di direzione, in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, prevedendo la partecipazione del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo di cui all' [articolo 25](#) , dei Direttori di dipartimento di cui all' [articolo 26](#) e dei Direttori di presidio di cui all' [articolo 30](#) tenendo conto delle peculiarità delle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e ospedaliere-universitarie.
5. La composizione del Collegio di direzione nelle aziende unità sanitarie locali è integrata con la partecipazione dei Direttori dei distretti di cui all' [articolo 28](#) afferenti alle stesse.
6. Le modalità di funzionamento, la convocazione periodica, nonché le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli organi dell'azienda sanitaria regionale sono disciplinate nell'atto aziendale di cui all' [articolo 10](#) .
7. Ai componenti del Collegio di direzione non spetta alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

Art. 22

(Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale è istituito presso ogni azienda sanitaria regionale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto dall' [articolo 3-ter del d.lgs. 502/1992](#) .
2. Il Collegio sindacale, nominato dal Direttore generale dell'azienda sanitaria regionale, dura in carica tre anni ed è composto da [...] ^[14] cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministro della Salute e uno dalla Conferenza dei sindaci di cui all' [articolo 13](#) ; per le aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dal CAL ai sensi dell' [articolo 12](#) ^[15] .
3. Presso le aziende ospedaliere universitarie, di cui all' [articolo 9](#) è istituito il Collegio sindacale con le attribuzioni di cui all' [articolo 4, comma 3 del d.lgs. 517/1999](#) . [...] ^[16] Il Collegio sindacale è composto da cinque membri, designati uno dalla Regione, uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, uno dal Ministro della Salute, uno dal Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e uno dall'Università degli Studi di Perugia. ^[17]
4. Fermo restando quanto previsto dalla [L.r. 11/1995](#) , per i casi di incompatibilità di ineleggibilità e di decadenza dei componenti il Collegio sindacale si applicano le norme contenute negli articoli 2399 e 2404 del [codice civile](#) .

Art. 23

(Organo di indirizzo delle aziende ospedaliere-universitarie)

1. L'organo di indirizzo di cui all' [articolo 14, comma 2](#) , è unico, per le due aziende ospedaliere-universitarie costituite ai sensi dell' [articolo 9](#) .
2. L'organo di indirizzo è composto da cinque membri, nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale, così individuati:
 - a) un membro, con funzioni di Presidente, designato dalla Giunta regionale d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia;
 - b) il responsabile della struttura universitaria di coordinamento;
 - c) un membro designato dal Rettore in rappresentanza dell'Università degli Studi di Perugia;
 - d) due membri designati dalla Giunta regionale.
3. I componenti dell'organo di indirizzo sono scelti tra persone di notoria e riconosciuta indipendenza, esperte in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari; durano in carica quattro anni e possono essere riconfermati una sola volta. Non possono far parte dell'organo di indirizzo né i dipendenti delle aziende né i componenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Non possono essere, altresì indicati quali membri dell'organo d'indirizzo coloro che già godono del trattamento di quiescenza.
4. L'organo di indirizzo determina, nell'ambito delle risorse assegnate dallo Stato e dalla Regione, le linee di indirizzo dell'attività delle aziende ospedaliere-universitarie al fine di determinare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale delle aziende ospedaliere-universitarie con la programmazione didattica e scientifica dell'università e ne verifica la corretta attuazione d'intesa con le direzioni generali delle aziende ospedaliere-universitarie.

5. L'organo di indirizzo verifica il raggiungimento degli obiettivi di didattica e di ricerca e vigila sul perseguimento degli stessi in coerenza ed integrazione con le attività assistenziali e di cura delle aziende ospedaliere universitarie di cui all' [articolo 9](#) .
6. L'organo di indirizzo esprime parere:
 - a) sugli atti di programmazione aziendale in riferimento alle attività e alle strutture essenziali all'integrazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca;
 - b) sull'istituzione, la modifica o la disattivazione di dipartimenti interaziendali, essenziali allo svolgimento delle attività di didattica e di ricerca. I predetti pareri si intendono favorevoli se non espressi entro trenta giorni dalla richiesta.
7. L'organo di indirizzo verifica la corretta attuazione, da parte delle aziende ospedaliere universitarie, della programmazione regionale e del protocollo d'intesa, riferendo trimestralmente alla Giunta regionale e all'Università degli Studi di Perugia.
8. L'organo di indirizzo si dota di un regolamento interno ed è assistito da una segreteria.
9. L'organo di indirizzo si riunisce di norma una volta al mese. Il Presidente convoca l'organo di indirizzo, lo presiede e ne fissa l'ordine del giorno.
10. Possono partecipare alle sedute dell'organo d'indirizzo, senza diritto di voto, il Presidente della Giunta regionale ed il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia o loro delegati per singole sedute o specifici argomenti all'ordine del giorno. I direttori generali delle aziende ospedaliere-universitarie, partecipano ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.
11. Ai componenti dell'organo di indirizzo non spetta alcun compenso.

CAPO II

ORGANISMI TECNICO-CONSULTIVI PRESSO LE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

Art. 24

(Consiglio dei sanitari)

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle aziende unità sanitarie locali con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore sanitario di cui all' [articolo 25](#) .
2. Il Consiglio dei sanitari esprime parere:
 - a) sull'atto aziendale di cui all' [articolo 10](#) , sui piani attuativi aziendali di cui all' [articolo 37](#) e sui programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie locali;
 - b) sulle materie individuate dall'atto aziendale di cui all' [articolo 10](#) .
3. Il Consiglio dei sanitari può, altresì, essere chiamato ad esprimere il proprio parere a seguito di formale richiesta del Direttore generale di cui all' [articolo 15](#) o del Direttore sanitario di cui all' [articolo 25](#) .
4. I pareri di cui al [comma 2](#) , lettere a) e b) sono obbligatori.
5. Il Consiglio dei sanitari è tenuto a rendere il parere entro trenta giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste, decorsi i quali il parere si intende favorevole. Il Direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Consiglio dei sanitari.
6. Il Consiglio dei sanitari dura in carica cinque anni.
7. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante e nel rispetto di quanto stabilito dall' [articolo 3, comma 12 del d.lgs. 502/1992](#) , la composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei sanitari.
8. Ai componenti del Consiglio dei sanitari non spetta alcun compenso.

TITOLO III

DIRETTORE AMMINISTRATIVO, DIRETTORE SANITARIO E COORDINATORE DEI SERVIZI SOCIALI

Art. 25

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

1. Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario coadiuvano il Direttore generale di cui all' [articolo 15](#) nell'esercizio delle sue funzioni; i requisiti e le funzioni loro attribuite sono disciplinate dagli articoli 3 e 3-bis del [d.lgs. 502/1992](#) . Non possono essere nominati coloro che godono già del trattamento di quiescenza.
2. I rapporti di lavoro del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo sono esclusivi e sono regolati da contratti di diritto privato.
3. L'incarico di Direttore amministrativo delle aziende sanitarie regionali è conferito a soggetti in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento in discipline giuridiche o economiche che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbiano svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.
4. L'incarico di Direttore sanitario delle aziende sanitarie regionali è conferito a un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o in strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.
5. Il Direttore amministrativo, ai sensi dell' [articolo 3-bis, comma 9 del d.lgs. 502/1992](#) , ha l'obbligo di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale di cui all' [articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484](#) (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla

direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale), pena la decadenza automatica dall'incarico. Il Direttore sanitario, ai sensi dell' [articolo 1 del d.p.r. 484/1997](#) , ha l'obbligo di produrre, entro diciotto mesi dalla data della nomina, l'attestato di frequenza del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 dello stesso d.p.r., pena la decadenza automatica dall'incarico.

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

TITOLO IV

ARTICOLAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

Art. 26

(Dipartimento)

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie regionali.
2. Il dipartimento è un'organizzazione integrata di più strutture operative omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti pur mantenendo autonomia e responsabilità professionale.
3. Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale di cui all' [articolo 15](#) , ai sensi dell' [articolo 17-bis del d.lgs. 502/1992](#) .
4. Per l'azienda ospedaliero-universitaria la nomina del Direttore di dipartimento è effettuata dal Direttore generale dell'azienda medesima d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Perugia ai sensi del [d.lgs. 517/1999](#) .
5. Le strutture operative che costituiscono i dipartimenti sanitari sono aggregate al fine di garantire risposte assistenziali integrate, tempestive ed efficaci sulla base di regole condivise di comportamento assistenziale, etico e medico-legale.
6. I dipartimenti sanitari, in collaborazione con i distretti sanitari di cui all' [articolo 27](#) , per quanto concerne le attività territoriali, perseguono la gestione integrata e complessiva dei percorsi di cura, garantendo la presa in carico e la continuità assistenziale, lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee-guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento e l'informazione del paziente, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività amministrative.
7. L'organizzazione dei dipartimenti è caratterizzata da:
 - a) attribuzione di risorse e conseguente responsabilità di gestione del Direttore di dipartimento connessa con il loro utilizzo;
 - b) attribuzione al Direttore di dipartimento di poteri e responsabilità di gestione in ordine alla razionale e corretta programmazione delle attività;
 - c) condivisione di spazi, professionalità, risorse e tecnologie;
 - d) appartenenza delle strutture operative ad un unico dipartimento.
8. La Giunta regionale approva direttive vincolanti per fissare i requisiti minimi, i criteri operativi e organizzativi per l'istituzione ed il funzionamento dei dipartimenti.
9. La Giunta regionale può istituire su propria iniziativa Dipartimenti interaziendali, regolandone il funzionamento sulla base del presente articolo.

Art. 27

(Distretto)

1. Il distretto è l'articolazione territoriale ed organizzativa della unità sanitaria locale per lo svolgimento delle attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, alle cure e alla riabilitazione, tramite la gestione integrata delle risorse della unità sanitaria locale e degli enti locali.
2. Il distretto ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione dell'unità sanitaria locale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Il distretto si articola in centri di salute che rappresentano il punto di contatto e di accesso unico del cittadino per tutte le prestazioni sanitarie e sociali che afferiscono al sistema primario delle cure.
3. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito dal Direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, d'intesa con la conferenza dei sindaci di cui all' [articolo 13](#) , in armonia con quanto previsto dalla normativa nazionale e nel rispetto dell' [articolo 3, comma 2 della legge regionale 28 dicembre 2009, n. 26](#) (Disciplina per la realizzazione del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali). Ciascun distretto, di norma, comprende una popolazione residente non inferiore a cinquantamila abitanti, salvo deroga disposta con provvedimento del Direttore generale, d'intesa con la conferenza dei sindaci ed approvata dalla Giunta regionale.
4. La Giunta regionale adotta, con proprio atto, linee di indirizzo per la massima integrazione dei servizi sanitari erogati dal distretto e il loro coordinamento e integrazione con gli interventi sociali e promuove l'istituzione di case della salute in cui i diversi servizi trovano una sede comune e un luogo di coordinamento funzionale.
5. Il distretto:
 - a) gestisce e coordina i servizi ubicati nel territorio di competenza, destinati all'assistenza sanitaria di base e specialistica di primo livello, assicura l'integrazione degli accessi, dei luoghi e delle attività chiamati a soddisfare i bisogni di salute che

richiedono unitariamente l'erogazione di prestazioni sanitarie e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria se delegate dai comuni;

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

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

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

6. Il distretto assicura, inoltre:

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

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

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

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

e) le attività di riabilitazione territoriale;

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

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

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

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

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

m) le attività e servizi di cure intermedie.

7. Nel distretto trovano collocazione funzionale le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale, del dipartimento dipendenze e del dipartimento di prevenzione, con riferimento ai servizi alla persona.

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

Art. 28

(Direttore di distretto)

1. L'incarico di Direttore di distretto è attribuito dal Direttore generale di cui all' [articolo 15](#) a un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell' [articolo 8, comma 1 del d.lgs 502/1992](#), da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria ^[18].

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

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

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

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

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

Art. 29

(Comitato dei sindaci di distretto)

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

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

Art. 30

(Presidi ospedalieri)

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

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

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

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

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

Art. 31

(Dipartimento di prevenzione)

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

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

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

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

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

5. Costituiscono obiettivi dell'area professionale della prevenzione di cui al [comma 4](#) :

- a) lo sviluppo di autonomia professionale e organizzativa, con piena assunzione di responsabilità rispetto al raggiungimento degli obiettivi negoziati in seno alla programmazione di budget con i responsabili delle quattro macroaree;
- b) il potenziamento dell'integrazione operativa nella attuazione degli obiettivi condivisi;
- c) la responsabilizzazione nella fase di valutazione degli esiti dei processi di prevenzione attivati nel corso dell'anno.

6. Le macroaree di cui al [comma 3](#) hanno il compito di:

- a) recuperare risorse attraverso il potenziamento del livello di aggregazione tra servizi affini mediante la definizione di obiettivi comuni e integrati;
- b) favorire l'azione di governo nei confronti del sistema delle diverse istituzioni e forze sociali, che svolgono la funzione di portatori di interesse rispetto ai principali determinanti di salute, attraverso una evoluzione del mandato dei servizi che vi confluiscono.

7. Alla macroarea sanità pubblica afferiscono i seguenti servizi:

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

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

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

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

10. Alla macroarea sicurezza alimentare afferiscono i seguenti servizi:

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

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

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

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

Art. 32

(Direttore del dipartimento di prevenzione)

1. Il Direttore del dipartimento di prevenzione è nominato dal Direttore generale di cui all' [articolo 15](#) tra i [\[... \]](#) ^[19] direttori di struttura complessa del dipartimento^[20] con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate ai sensi dell' [articolo 7-quater del d.lgs. 502/1992](#) .

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

- a) stabilire con la direzione aziendale, nell'ambito della programmazione di budget, le risorse necessarie alla realizzazione degli obiettivi di salute da raggiungere e/o consolidare, con particolare attenzione allo sviluppo di processi integrati;
- b) garantire la corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, anche attraverso i piani di attività integrati, negoziati con i coordinatori delle quattro macroaree di cui all' [articolo 33](#) ;
- c) rappresentare il dipartimento nei rapporti con la direzione aziendale;
- d) promuovere l'attuazione di percorsi di qualità, sia in seno ai singoli servizi che nelle macroaree anche attraverso lo sviluppo e il mantenimento di adeguati percorsi formativi;
- e) assicurare il monitoraggio delle attività negoziate anche attraverso la manutenzione costante dei sistemi informativi attivi su scala regionale;
- f) garantire l'integrazione del dipartimento con le altre macrostrutture aziendali nonché con i portatori d'interesse, anche attraverso la lettura per la direzione aziendale del contesto epidemiologico;
- g) valutare dal punto di vista quantitativo e qualitativo l'attività delle macroaree.

Art. 33

(Coordinamento delle macroaree del dipartimento di prevenzione)

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

2. Al coordinatore spettano i seguenti compiti:

- a) la definizione di piani di attività integrati in occasione della predisposizione della proposta di budget per il dipartimento di prevenzione;
- b) la negoziazione dei piani di cui alla [lettera a\)](#) con l'area professionale della prevenzione;
- c) la valutazione dei risultati dei processi integrati al fine di garantire una programmazione inserita in un percorso virtuoso di qualità.

TITOLO V

PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

CAPO I

PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E PARTECIPAZIONE

Art. 34

(Partecipazione alla programmazione)

1. Ai sensi dell' [articolo 14 del d.lgs. 502/1992](#) , la Regione promuove le più ampie forme di concertazione-partnership istituzionale e sociale ai fini della predisposizione delle proposte di atti di pianificazione e programmazione regionale.
2. La Giunta regionale promuove forme di partecipazione e consultazione al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale, anche mediante il tavolo di concertazione e partnership istituzionale e sociale di cui all' [articolo 5 della legge regionale 28 febbraio 2000, n. 13](#) (Disciplina generale della programmazione, del bilancio, dell'ordinamento contabile e dei controlli interni della Regione dell'Umbria), con i cittadini e le loro organizzazioni, con le organizzazioni sindacali, con gli organismi di volontariato, di promozione sociale, di cooperazione sociale e con gli altri soggetti del Terzo settore.
3. Le aziende sanitarie regionali assicurano la partecipazione dei soggetti di cui al [comma 2](#) al processo di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria in ambito locale.

Art. 35

(Livelli e strumenti di pianificazione e programmazione)

1. La pianificazione e la programmazione sanitaria della Regione assicurano, in coerenza con i principi di cui al [d.lgs. 502/1992](#) , lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello regionale:
 - a) il Piano sanitario regionale di cui all' [articolo 36](#) ed i relativi strumenti di attuazione;
 - b) il Piano regionale della prevenzione.
3. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale il documento regionale annuale di programmazione di cui all' [articolo 14 della l.r. 13/2000](#) e le disposizioni collegate alla manovra di bilancio regionale.
4. Sono strumenti della pianificazione sanitaria a livello locale i piani attuativi delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere di cui all' [articolo 37](#) .
5. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:
 - a) i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;
 - b) il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall' [articolo 3-ater, comma 3 del d.lgs. 502/1992](#) e dall' [articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001](#) , di cui all' [articolo 38](#) ;
 - c) il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall' [articolo 3 della l.r. 51/1995](#) .
6. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione socio-sanitaria regionale:
 - a) la relazione sanitaria regionale di cui all' [articolo 39](#) ;
 - b) la relazione sanitaria aziendale di cui all' [articolo 40](#) .

Art. 36

(Piano sanitario regionale)

1. Il Piano sanitario regionale, elaborato in coerenza con il Piano sanitario nazionale, è lo strumento con il quale la Regione definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione attraverso idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.
2. Il Piano sanitario regionale definisce i livelli uniformi ed essenziali di assistenza da assicurare su tutto il territorio regionale e contiene le disposizioni generali per la formazione dei piani attuativi di cui all' [articolo 37](#) .
3. Il Piano sanitario regionale assicura il raccordo con il Piano sociale regionale di cui all' [articolo 8 della l.r. 26/2009](#) , nonché l'integrazione con il Piano regionale integrato per la non autosufficienza di cui all' [articolo 11 della legge regionale 4 giugno 2008, n. 9](#) (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza e modalità di accesso alle prestazioni).
4. Il Piano sanitario regionale prevede metodologie e strumentazioni atte a consentire il monitoraggio e la verifica d'attuazione dei programmi e dei progetti ivi contenuti.
5. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è adottato dalla Giunta regionale ai fini dell'acquisizione dei pareri di cui ai commi 6 e 7 e degli adempimenti di concertazione sociale e istituzionale di cui al [comma 8](#) .
6. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è inviato, per l'acquisizione dei relativi pareri, al CAL di cui all' [articolo 12](#) , alle Conferenze dei sindaci di cui all' [articolo 13](#) e all'Università degli Studi di Perugia. Qualora tali pareri non vengano resi entro sessanta giorni dal ricevimento della richiesta, gli stessi si intendono espressi in senso favorevole.
7. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale, corredato del parere espresso dall'Università degli Studi di Perugia ovvero dell'attestazione della mancata espressione del parere nei termini indicati, viene trasmesso al Ministero della Salute per acquisire il parere relativo alla coerenza dello stesso con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale ai sensi dell' [articolo 1, comma 14 del d.lgs. 502/1992](#) .
8. Lo schema di proposta del Piano sanitario regionale è sottoposto dalla Giunta regionale all'esame del tavolo di concertazione e partnership istituzionale e sociale di cui all' [articolo 5 della l.r. 13/2000](#) .

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

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

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

Art. 37

(Piano attuativo)

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

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

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

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

5. Il progetto di Piano attuativo viene trasmesso al Consiglio dei sanitari di cui all' [articolo 24](#) per l'acquisizione del relativo parere.

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

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

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

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

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

Art. 38

(Programma delle attività territoriali)

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

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

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

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

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

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

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

Art. 39

(Relazioni sanitarie)

1. Per il miglioramento della qualità del Servizio sanitario regionale, e al fine di definire le strategie dei successivi Piani sanitari regionali, la Giunta regionale predispone, al completamento di ogni ciclo di pianificazione sanitaria regionale, la relazione sanitaria

sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal Piano sanitario regionale, sulla base di un apposito sistema di indicatori individuati dalla Giunta stessa.

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

3. La relazione di cui al [comma 1](#) , unitamente ai pareri di cui al [comma 2](#) , è trasmessa al Consiglio regionale.

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

Art. 40

(Relazione sanitaria aziendale annuale)

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

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

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

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

Art. 41

(Servizi gestiti in forma associata e aggregata)

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

[2.] ^[21]

2. La Giunta regionale e le Aziende sanitarie regionali stipulano appositi accordi per la programmazione e per la gestione in forma aggregata delle seguenti attività di interesse comune:

- a) acquisizione di beni e servizi;
- b) magazzini e logistica;
- c) valorizzazione e sviluppo del patrimonio sanitario;
- d) ulteriori attività di interesse comune individuate dalla Giunta regionale.

[22]

2-bis. La Giunta regionale definisce, con direttiva vincolante, l'assetto organizzativo ottimale per lo svolgimento delle attività di interesse comune previste al [comma 2](#) . Con la medesima direttiva la Giunta regionale definisce, altresì, i contenuti minimi degli accordi previsti al [comma 2](#) ed individua la struttura alla quale sono attribuite le funzioni di centrale di committenza ai sensi dell' [articolo 33 del d.lgs. 12 aprile 2006, n.163](#) (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE). ^[23]

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

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

Art. 42

(Informazione, partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)

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

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

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

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

Art. 43

(Comitato Etico delle Aziende sanitarie dell'Umbria)

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

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

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

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

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

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

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

Art. 44

(Obbligo di appropriatezza)

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

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

Art. 45

(Organico e ruoli nominativi)

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

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

Art. 46

(Disciplina degli incarichi)

1. In armonia con la normativa nazionale, al personale dipendente delle aziende sanitarie regionali in stato di quiescenza non possono essere conferiti incarichi di consulenza, collaborazione, studi e ricerca o incarichi professionali altrimenti qualificati, sia da parte dell'amministrazione con la quale ha avuto rapporti di lavoro o impiego, sia da parte delle altre amministrazioni del Servizio sanitario regionale.

Art. 47

(Controllo della Regione)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPO II

AUTORIZZAZIONI E ACCREDITAMENTO

Art. 48

(Autorizzazioni sanitarie)

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

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

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

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

Art. 49

(Accreditamento istituzionale)

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

2. L'accreditamento istituzionale di cui al [comma 1](#) è rilasciato secondo quanto stabilito dal [regolamento regionale 31 luglio 2002, n. 3](#) (Disciplina in materia di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie) e dalle altre norme regionali di riferimento, nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) coerenza con le scelte della programmazione regionale, sulla base della domanda di salute espressa dalla popolazione di riferimento e del livello di offerta esistente per le varie tipologie di prestazioni;
- b) adeguatezza qualitativa e quantitativa delle dotazioni strumentali tecnologiche ed organizzative;
- c) equilibrio tra volume di prestazioni erogabili e potenzialità della struttura;
- d) congruità delle professionalità presenti con la tipologia delle prestazioni erogabili;
- e) presenza di un sistema informativo connesso con quello del Servizio sanitario regionale e conforme alle specifiche regionali;
- f) presenza di un idoneo sistema per il controllo ed il miglioramento continuo della qualità;
- g) verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

TITOLO VI

INDIRIZZI E CRITERI DI FINANZIAMENTO - SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE

CAPO I

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO E FINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 50

(Determinazione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale)

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

2. La Giunta regionale procede annualmente a:

- a) ripartire le risorse disponibili da destinare al Servizio sanitario regionale;
- b) emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie regionali e degli enti del Servizio sanitario regionale;
- c) individuare, anche in corso di esercizio di bilancio, le misure da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

Art. 51

(Finanziamento del Servizio sanitario regionale)

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

2. La Giunta regionale determina annualmente i costi standard e i fabbisogni standard del Servizio sanitario regionale, tenendo conto, anche delle macroaree dei livelli essenziali di assistenza.

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

- a) popolazione residente nel proprio ambito territoriale, ponderata secondo parametri di natura epidemiologica e demografica e tenendo conto di carenze strutturali presenti in alcune aree territoriali e atte ad incidere sui costi delle prestazioni;
- b) quote per funzioni assistenziali da garantire sulla base degli obiettivi della programmazione regionale.

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

- a) una quota per i servizi da garantire su mandato, sulla base degli obiettivi della programmazione regionale e per specifiche funzioni assistenziali;
- b) una quota per esigenze di didattica e ricerca scientifica.

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

CAPO II

DISPOSIZIONI PER LA REMUNERAZIONE DEGLI EROGATORI DI PRESTAZIONI SANITARIE

Art. 52*(Remunerazione degli erogatori di prestazioni sanitarie)*

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

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

3. La Giunta regionale in relazione all'attuazione della programmazione regionale e tenuto conto delle risorse disponibili, definisce annualmente i volumi programmati di attività corrispondenti al fabbisogno di prestazioni del Servizio sanitario regionale, articolati per tipologie assistenziali, determinando i criteri di remunerazione delle stesse prestazioni con indicazione dell'ammontare globale predefinito di finanziamento e le misure di abbattimento delle tariffe al superamento dei volumi programmati. Tali volumi programmati possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, essere previsti anche per le prestazioni rese a cittadini residenti fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie regionali definiscono annualmente mediante gli accordi di cui al [comma 1](#) i volumi finanziari derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

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

Art. 53*(Addebito delle prestazioni ai terzi responsabili)*

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

CAPO III**SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO REGIONALE****Art. 54***(Sistema informativo sanitario regionale)*

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

2. Il Sistema informativo sanitario regionale:

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

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

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

3. Per le finalità di cui al [comma 2](#) il Sistema informativo sanitario regionale:

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

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

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

4. La Giunta regionale con appositi atti:

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

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

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

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

TITOLO VII

ANAGRAFE SANITARIA, OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO, [...]^[24] REGISTRI DI POPOLAZIONE E DI PATOLOGIA^[25]

Art. 55

(Istituzione dell'Anagrafe sanitaria regionale)

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

2. L'Anagrafe di cui al [comma 1](#) ha la finalità di:

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

b) garantire la funzionalità di servizi avanzati;

c) assicurare un efficace controllo della spesa.

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

Art. 56

(Osservatorio epidemiologico regionale)

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

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

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

a) promuovere l'istituzione, ai vari livelli del Servizio sanitario regionale, di strumenti di osservazione epidemiologica secondo una metodologia di rilevazione programmata finalizzata a produrre statistiche sanitarie omogenee;

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

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

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

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

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

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

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

Art. 57

([...]^[26] Istituzione dei registri regionali di popolazione e di patologia^[27])

1. In applicazione del [d.lgs. 196/2003](#), ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g) sono istituiti a livello regionale i seguenti [...]^[28] registri di popolazione e di patologia^[29] :

a) Registro tumori;

b) Registro mesoteliomi;

c) Registro dialisi e trapianto;

- d) Registro trapianti d'organo;
- e) Registro malattie rare;
- f) Registro malformazioni congenite;
- g) Registro screening oncologici;
- h) Registro diagnosi anatomico-patologiche;
- i) Registro sclerosi laterale amiotrofica (SLA);
- l) Registro mortalità.

2. I [...] ^[30] registri di popolazione e di patologia^[31] di cui al [comma 1](#) raccolgono dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalle malattie ivi individuate a fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

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

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

TITOLO VIII

INTERVENTO E TRASPORTO SANITARIO

Art. 58

(Gestione del trasporto sanitario)

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

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

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

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

b) i servizi di trasporto e intervento previsti nei livelli essenziali di assistenza, con necessità di assistenza^[32] in itinere di personale sanitario o di altro personale adeguatamente formato ed in possesso di un attestato di idoneità rilasciato sulla base della frequenza di uno specifico corso di addestramento, con esame finale. La disciplina e l'organizzazione dei percorsi formativi obbligatori vengono definite in apposito atto di Giunta.

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

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

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

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

6. La Giunta regionale fissa con regolamento i requisiti e gli adempimenti necessari per ottenere l'autorizzazione e l'accreditamento all'esercizio del trasporto di cui ai commi 4 e 5, nel rispetto dei principi di diritto europeo in materia di libertà di stabilimento e di libera circolazione dei servizi. Con norme regolamentari, sono altresì definiti i criteri per l'espletamento delle procedure di cui al [comma 4](#), nel rispetto della normativa statale ed europea e, in particolare, dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità e di rotazione.

TITOLO IX

DISPOSIZIONI FINALI, TRANSITORIE E DI ABROGAZIONE

Art. 59

(Suppressione Agenzia Umbria Sanità)

1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, l'Agenzia Umbria Sanità istituita con [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17](#) (Istituzione della Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità) è soppressa.
2. Gli organi dell'Agenzia Umbria Sanità in carica al 31 dicembre 2012 continuano ad esercitare le proprie funzioni fino all'adozione del bilancio di esercizio anno 2012 e comunque non oltre il 30 aprile 2013. Dall'adozione del bilancio il Direttore e il Comitato di direzione decadono.
3. Il Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione della Giunta regionale, con proprio decreto, nomina il Commissario liquidatore dell'Agenzia Umbria Sanità e ne definisce compiti, poteri, durata e compenso. Nel decreto di nomina sono altresì indicate le condizioni in ragione delle quali la Giunta regionale può revocare l'incarico.
4. Il Commissario liquidatore esercita le proprie funzioni dal giorno successivo alla decadenza degli organi di cui al [comma 2](#).
5. Il Collegio dei revisori dei conti dell'Agenzia Umbria Sanità continua ad esercitare le proprie funzioni sino alla chiusura della liquidazione di cui al [comma 7](#).
6. I procedimenti amministrativi in carico all'Agenzia Umbria Sanità, non conclusi alla data del 1° gennaio 2013, sono portati a compimento del singolo responsabile del procedimento e l'Azienda sanitaria regionale di appartenenza subentra all'Agenzia Umbria Sanità nei rapporti giuridici connessi al procedimento.
7. Il Commissario liquidatore compie tutti gli atti necessari alla liquidazione. Alla chiusura della liquidazione, il Commissario liquidatore presenta alla Giunta regionale il bilancio della gestione unitamente ad una propria relazione.
8. Le risultanze delle operazioni di liquidazione sono approvate dalla Giunta regionale. La Giunta regionale, con l'atto di approvazione del piano di liquidazione dispone anche in ordine alla successione nei rapporti attivi e passivi ed al patrimonio residuo, alle liti attive e passive pendenti, al prosieguo delle attività di liquidazione.

Art. 60

(Norme finali e transitorie)

1. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge, le aziende Unità sanitarie locali istituite ai sensi dell' [articolo 6](#) subentrano in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi delle Aziende Unità sanitarie locali istituite ai sensi dell' [articolo 8 della legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale), ivi compresi quelli inerenti i rapporti di lavoro, assumendone i relativi diritti ed obblighi e proseguendo in tutti i rapporti, anche processuali, preesistenti.
2. Nelle more della costituzione dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Perugia e dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Terni, i rapporti tra il servizio sanitario regionale e l'Università degli Studi di Perugia sono regolati da apposito atto convenzionale.
3. La Giunta regionale, con proprio atto, definisce i criteri e le modalità per il subentro di cui al [comma 1](#), con particolare riguardo:
 - a) alla gestione delle attività e passività pregresse e tutela dei rapporti contrattuali in essere;
 - b) al patrimonio disponibile e indisponibile;
 - c) alla gestione del personale;
 - d) alla gestione delle attività contrattuali in essere;
 - e) alla gestione transitoria dei servizi di tesoreria;
 - f) alla contabilità economico-finanziaria e patrimoniale relativa agli anni precedenti.
4. Con atto della Giunta regionale, i beni patrimoniali immobili, ivi compresi quelli da reddito, nonché i beni mobili registrati, delle aziende unità sanitarie locali di cui all' [articolo 8 della l.r. 3/1998](#), previa ricognizione dei medesimi, sono trasferiti al patrimonio della subentrante azienda unità sanitaria locale, istituita ai sensi dell' [articolo 6](#). I provvedimenti regionali di trasferimento costituiscono titolo, ai sensi dell' [articolo 5, comma 3 del d.lgs. 502/1992](#), per le conseguenti trascrizioni, registrazioni e volture e per tutti gli altri atti connessi al trasferimento con esenzione di ogni onere relativo a imposte e tasse.
5. L'incarico dei Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, nominati ai sensi dell' [articolo 16](#), decorre dal 1 gennaio 2013.
6. I Direttori generali delle aziende unità sanitarie locali di cui all' [articolo 6](#) e delle aziende ospedaliere di cui all' [articolo 8](#), entro centottanta giorni dalla data di decorrenza dell'incarico, adottano:
 - a) il piano attuativo;
 - b) il piano degli investimenti e dei finanziamenti;
 - c) l'atto aziendale.
7. I Direttori generali, entro centottanta giorni dalla data di costituzione delle aziende unità sanitarie locali di cui all' [articolo 6](#), redigono una situazione patrimoniale di apertura, con riferimento agli elementi dell'attivo e del passivo relativi alla nuova azienda, nonché apposito prospetto di riconciliazione tra le attività e passività recepite e la nuova situazione patrimoniale.
8. Fino alla costituzione del nuovo Collegio sindacale, le relative funzioni sono svolte dal Collegio sindacale dell'azienda Unità sanitaria locale che, tra quelle confluite nella nuova azienda, ha presentato, nell'anno precedente, la maggiore entità di risorse gestite desumibili dal totale del valore della produzione riportato nel bilancio dell'ultimo esercizio approvato.

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

10. In sede di prima applicazione la Giunta regionale trasmette al Consiglio regionale, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il piano sanitario regionale ai sensi dell' [articolo 36, comma 9](#) .

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

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

Art. 61

(Norma di abrogazione)

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

- a) la [legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale);
 - b) la [legge regionale 27 marzo 2000, n. 29](#) (Prime disposizioni di recepimento del [decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229](#) , concernente: «Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell' [art. 1 della legge 30 novembre 1999, n. 419](#) », d'integrazione e modificazione del [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#));
 - c) la [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 16](#) (Disposizioni in materia di dotazioni organiche e di reclutamento del personale delle Aziende sanitarie regionali);
 - d) la [legge regionale 17 febbraio 2005, n. 17](#) (Istituzione della Agenzia per la integrazione della gestione delle Aziende sanitarie, denominata Agenzia Umbria Sanità);
 - e) la [legge regionale 16 maggio 2007, n. 16](#) (Modificazioni ed integrazioni della [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 17](#) (Costituzione di una società per la gestione integrata di funzioni tecnico-amministrative in materia di sanità pubblica) e abrogazione della [legge regionale 9 agosto 1995, n. 33](#) (Istituzione dell'Agenzia per la promozione e l'educazione alla salute, la documentazione, l'informazione e la promozione culturale in ambito socio-sanitario, denominata SEDES), così come modificata dall' [art. 2 della legge regionale 10 febbraio 2006, n. 4](#));
 - f) la [legge regionale 24 novembre 2009, n. 23](#) (Requisiti del direttore amministrativo di Azienda sanitaria regionale).
2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge sono e restano abrogate le seguenti disposizioni legislative:
- a) l' [articolo 15 della legge regionale 21 marzo 1975, n. 15](#) (Disciplina del diritto di accesso all'assistenza ospedaliera gestita dalla Regione Umbria);
 - b) l' [articolo 11 della legge regionale 10 luglio 1998, n. 23](#) (Tutela sanitaria delle attività sportive);
 - c) gli articoli 30 e 31 della [legge regionale 30 marzo 2011, n. 4](#) (Disposizioni collegate alla manovra di bilancio 2011 in materia di entrate e di spese);
 - d) gli articoli 7, 8, 9, 10 e 11 della [legge regionale 20 luglio 2011, n. 6](#) (Disciplina per l'attribuzione degli incarichi di struttura nelle Aziende sanitarie regionali. Ulteriori modificazioni ed integrazioni alla [legge regionale 20 gennaio 1998, n. 3](#) (Ordinamento del sistema sanitario regionale) e abrogazione della [legge regionale 23 febbraio 2005, n. 15](#));
 - e) l' [articolo 46 della legge regionale 16 settembre 2011, n. 8](#) (Semplificazione amministrativa e normativa dell'ordinamento regionale e degli enti locali territoriali).

Art. 62

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

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

" Art. 5 (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale)

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

Art. 63

(Decorrenza dell'efficacia e delle abrogazioni delle disposizioni)

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

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

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

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

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

TITOLO X

DISPOSIZIONI FINANZIARIE

Art. 64

(Norma finanziaria)

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

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

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

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Umbria.

Perugia, 12 novembre 2012

Marini

ALLEGATI: **Allegato A** - Ambiti territoriali delle Unità Sanitarie Locali

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 1:

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

Unità Sanitaria Locale Umbria n. 2:

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

Note sulla vigenza

[3] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 1 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[4] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 2 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[5] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 3 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[6] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 3 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[7] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 4 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[8] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 5 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[9] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 6 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[10] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 6 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[11] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 7 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[12] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 8 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[13] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 8 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[14] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 9 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[15] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 9 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

[16] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 10 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)

- [17] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 10 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [18] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 11 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [19] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 12 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [20] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 12 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [21] - Sostituzione (testo inserito) (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 3 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#) - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 13 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [22] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 13 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [23] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 14 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [24] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 13 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#) - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 15 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [25] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 13 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#) - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 15 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [26] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 16 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [27] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 16 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [28] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 17 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [29] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 17 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [30] - Sostituzione (testo eliminato) da: [Articolo 18 Comma 18 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [31] - Sostituzione (testo inserito) da: [Articolo 18 Comma 18 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)
- [32] - Integrazione da: [Articolo 18 Comma 19 legge Regione Umbria 9 aprile 2013, n. 8.](#)