

D.Lgs. 30-12-1992 n. 502

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421.

Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 ⁽¹⁾.

(commento di giurisprudenza)

Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421 ⁽²⁾.

(1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

(2) Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.

(commento di giurisprudenza)

2. Competenze regionali.

1. Spettano alle regioni e alle province autonome, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali, le funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera.

2. Spettano in particolare alle regioni la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, le attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie ⁽⁷⁾.

2-bis. La legge regionale istituisce e disciplina la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali, ove istituito. Fanno, comunque, parte della Conferenza: il sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il sindaco o i presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali ⁽⁸⁾.

2-ter. Il progetto del Piano sanitario regionale è sottoposto alla Conferenza di cui al comma 2-bis, ed è approvato previo esame delle osservazioni eventualmente formulate dalla Conferenza. La Conferenza partecipa, altresì, nelle forme e con le modalità stabilite dalla legge regionale, alla verifica della realizzazione del Piano attuativo locale, da parte delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 4, e dei piani attuativi metropolitani ⁽⁹⁾.

2-quater. Le regioni, nell'ambito della loro autonomia, definiscono i criteri e le modalità anche operative per il coordinamento delle strutture sanitarie operanti nelle aree metropolitane di cui all'*articolo 17, comma 1, della legge 8 giugno 1990, n. 142*, nonché l'eventuale costituzione di appositi organismi ⁽¹⁰⁾.

2-quinquies. La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Nelle aree metropolitane il piano attuativo metropolitano è elaborato dall'organismo di cui al comma 2-quater, ove costituito ⁽¹¹⁾.

2-sexies. La regione disciplina altresì:

a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;

b) i principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis;

c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;

d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri coerenti con quelli indicati all'*articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662*;

e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;

f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-bis, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;

g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:

1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;

2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;

h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera l), della *legge 30 novembre 1998, n. 419* ⁽¹²⁾.

2-septies. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni istituiscono l'elenco delle istituzioni e degli organismi a scopo non lucrativo di cui all'articolo 1, comma 18 ⁽¹³⁾.

2-octies. Salvo quanto diversamente disposto, quando la regione non adotta i provvedimenti previsti dai commi 2-*bis* e 2-*quinquies*, il Ministro della sanità, sentite la regione interessata e l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, fissa un congruo termine per provvedere; decorso tale termine, il Ministro della sanità, sentito il parere della medesima Agenzia e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, propone al Consiglio dei Ministri l'intervento sostitutivo, anche sotto forma di nomina di un commissario *ad acta*. L'intervento adottato dal Governo non preclude l'esercizio delle funzioni regionali per le quali si è provveduto in via sostitutiva ed è efficace sino a quando i competenti organi regionali abbiano provveduto ⁽¹⁴⁾.

(7) Così sostituito dall'*art. 3, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).

(8) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(9) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(10) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

- (11) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (12) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (13) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e poi così modificato dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).
- (14) Comma aggiunto dall'*art. 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(commento di giurisprudenza)

3. Organizzazione delle unità sanitarie locali ⁽¹⁵⁾.

1. Le regioni, attraverso le unità sanitarie locali, assicurano i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, avvalendosi anche delle aziende di cui all'articolo 4 ⁽¹⁶⁾.

1-*bis*. In funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. L'atto aziendale individua le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica ⁽¹⁷⁾.

1-*ter*. [Le aziende di cui ai commi 1 e 1-*bis* informano la propria attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie. Agiscono mediante atti di diritto privato. I contratti di fornitura di beni e servizi, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, sono appaltati o contrattati direttamente secondo le norme di diritto privato indicate nell'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*] ⁽¹⁸⁾.

1-*quater*. Sono organi dell'azienda il direttore generale, il collegio di direzione e il collegio sindacale. Il direttore generale adotta l'atto aziendale di cui al comma 1-*bis*; è responsabile della gestione complessiva e nomina i responsabili delle strutture operative dell'azienda. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario. Le regioni disciplinano forme e modalità per la direzione e il coordinamento delle attività socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione di cui all'articolo 17 per le attività ivi indicate ⁽¹⁹⁾.

1-*quinquies*. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati dal direttore generale. Essi partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale ⁽²⁰⁾.

2. [L'unità sanitaria locale provvede ad assicurare i livelli di assistenza di cui all'articolo 1 nel proprio ambito territoriale] ⁽²¹⁾.

3. L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie ⁽²²⁾.

4. [Sono organi dell'unità sanitaria locale il direttore generale ed il collegio dei revisori. Il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal consiglio dei sanitari nonché dal coordinatore dei servizi sociali, nel caso previsto dal comma 3 in conformità alla normativa regionale e con oneri a carico degli enti locali di cui allo stesso comma] ⁽²³⁾.

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

a) [la riduzione, sentite le province interessate, delle unità sanitarie locali, prevedendo per ciascuna un ambito territoriale coincidente di norma con quello della provincia. In relazione a condizioni territoriali particolari, in specie delle aree montane, ed alla densità e distribuzione della popolazione, la regione prevede ambiti territoriali di estensione diversa] ⁽²⁴⁾;

b) [l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti] ⁽²⁵⁾;

c) [i criteri per la definizione dei rapporti attivi e passivi facenti capo alle preesistenti unità sanitarie locali e unità socio-sanitarie locali] ⁽²⁶⁾;

d) [il finanziamento delle unità sanitarie locali che tenga conto della natura aziendale delle stesse nonché del bacino d'utenza da servire e delle prestazioni da erogare] ⁽²⁷⁾;

e) [le modalità di vigilanza e controllo sulle unità sanitarie locali] ⁽²⁸⁾;

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

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

2) la contrazione di mutui o l'accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti previste nel bilancio annuale di competenza, ad esclusione della quota di Fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione] ⁽²⁹⁾;

g) i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale risultato in esubero, ai sensi delle disposizioni di cui al *D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni ⁽³⁰⁾.

6. Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, sono riservati al direttore generale. Al direttore generale compete in particolare, anche attraverso l'istituzione dell'apposito servizio di controllo interno di cui all'*art. 20, D.Lgs. 3 febbraio 1993, n. 29*, e successive modificazioni ed integrazioni, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'*articolo 1 del D.L. 27 agosto 1994, n. 512, convertito dalla legge 17 ottobre 1994, n. 590*, senza necessità di valutazioni comparative ⁽³¹⁾. [Il direttore generale è nominato, previo specifico avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, dalla regione, tra gli iscritti nell'apposito elenco nazionale istituito presso il Ministero della sanità di cui al comma 10] ⁽³²⁾. [La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio e, in sede di prima applicazione, dalla data di istituzione dell'unità sanitaria locale e comunque non oltre il 30 aprile 1994] ⁽³³⁾. [Scaduto tale termine, qualora la regione non vi abbia provveduto, la nomina del direttore generale è effettuata previa diffida, dal Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità] ⁽³⁴⁾. L'autonomia di cui al comma 1 diviene effettiva con la prima immissione nelle funzioni del direttore generale. [Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata quinquennale, rinnovabile, e non può comunque protrarsi oltre il settantesimo anno di età] ⁽³⁵⁾. I contenuti di tale contratto, ivi compresi i criteri per la determinazione degli emolumenti, sono fissati entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri della sanità, del tesoro, del lavoro e della previdenza sociale e per gli affari regionali sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome ⁽³⁶⁾. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario, dal direttore amministrativo e dal consiglio dei

sanitari. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età. Ove l'assenza o l'impedimento si protragga oltre sei mesi si procede alla sostituzione. [Nei casi in cui ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o di principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarandone la decadenza e provvede alla sostituzione del direttore generale] ⁽³⁷⁾. [In caso di inerzia da parte delle regioni, previo invito ai predetti organi ad adottare le misure adeguate, provvede in via sostitutiva il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della sanità] ⁽³⁸⁾. [Le regioni determinano in via generale i parametri di valutazione dell'attività dei direttori generali delle aziende, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi assegnati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari] ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾.

7. [Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale] ⁽⁴²⁾. [Al rapporto di lavoro si applica la disciplina di cui al comma 6] ⁽⁴³⁾. [Essi cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati] ⁽⁴⁴⁾. [Per gravi motivi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario possono essere sospesi o dichiarati decaduti dal direttore generale con provvedimento motivato] ⁽⁴⁵⁾. Il direttore sanitario è un medico [in possesso della idoneità nazionale di cui all'art. 17] che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione ⁽⁴⁶⁾. Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Il direttore amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Il direttore amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale [e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza] ⁽⁴⁷⁾. [Le regioni disciplinano le funzioni del coordinatore dei servizi sociali in analogia alle disposizioni previste per i direttori sanitario e amministrativo] ⁽⁴⁸⁾. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'*articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517*, e negli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di cui al presente articolo e del dirigente medico di cui all'articolo 4, comma 9, del presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge. Sono soppresse le figure del

coordinatore amministrativo, del coordinatore sanitario e del sovrintendente sanitario, nonché l'ufficio di direzione ⁽⁴⁹⁾.

8. [Per i pubblici dipendenti la nomina a direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario determina il collocamento in aspettativa senza assegni; il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza e dell'anzianità di servizio. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei relativi contributi, comprensivi delle quote a carico del dipendente, nonché dei contributi assistenziali, calcolati sul trattamento stipendiale spettante al medesimo ed a richiedere il rimborso del correlativo onere alle unità sanitarie locali interessate, le quali procedono al recupero delle quote a carico dall'interessato. Qualora il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo siano dipendenti privati sono collocati in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto] ⁽⁵⁰⁾.

9. [Il direttore generale non è eleggibile a membro dei consigli comunali, dei consigli provinciali, dei consigli e assemblee delle regioni e del Parlamento, salvo che le funzioni esercitate non siano cessate almeno centottanta giorni prima della data di scadenza dei periodi di durata dei predetti organi. In caso di scioglimento anticipato dei medesimi, le cause di ineleggibilità non hanno effetto se le funzioni esercitate siano cessate entro i sette giorni successivi alla data del provvedimento di scioglimento. In ogni caso il direttore generale non è eleggibile nei collegi elettorali nei quali sia ricompreso, in tutto o in parte, il territorio dell'unità sanitaria locale presso la quale abbia esercitato le sue funzioni in un periodo compreso nei sei mesi antecedenti la data di accettazione della candidatura. Il direttore generale che sia stato candidato e non sia stato eletto non può esercitare per un periodo di cinque anni le sue funzioni in unità sanitarie locali comprese, in tutto o in parte, nel collegio elettorale nel cui ambito si sono svolte le elezioni. La carica di direttore generale è incompatibile con quella di membro del consiglio e delle assemblee delle regioni e delle province autonome, di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore di comunità montana, di membro del Parlamento, nonché con l'esistenza di rapporti anche in regime convenzionale con la unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni o di rapporti economici o di consulenza con strutture che svolgono attività concorrenziali con la stessa. La predetta normativa si applica anche ai direttori amministrativi ed ai direttori sanitari. La carica di direttore generale è altresì incompatibile con la sussistenza di un rapporto di lavoro dipendente, ancorché in regime di aspettativa senza assegni, con l'unità sanitaria locale presso cui sono esercitate le funzioni] ⁽⁵¹⁾.

10. [Il Ministero della sanità cura la tenuta e l'aggiornamento dell'elenco dei soggetti in possesso dei requisiti per lo svolgimento della funzione di direttore generale. L'elenco è predisposto, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, da una commissione nominata con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta

del Ministro della sanità, e composta da un magistrato del Consiglio di Stato con funzioni di presidente di sezione, che la presiede, dal direttore generale della Direzione generale del Ministero della sanità che cura la tenuta dell'elenco e da altri cinque membri, individuati tra soggetti estranei all'amministrazione statale e regionale in possesso di comprovate competenze ed esperienze nel settore dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, rispettivamente uno dal Presidente del Consiglio dei Ministri, uno dal CNEL, uno dal Ministro della sanità e due dal presidente della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome. Nella provincia autonoma di Bolzano e nella regione Valle d'Aosta i direttori generali sono individuati tra gli iscritti in apposito elenco, rispettivamente provinciale e regionale, predisposto da una commissione nominata dal presidente della provincia autonoma di Bolzano e della regione Valle d'Aosta ed i cui membri sono nominati con le stesse modalità previste per la commissione nazionale. Gli elenchi sono predisposti nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di bilinguismo e, per la provincia autonoma di Bolzano, di riserva proporzionale dei posti nel pubblico impiego. I predetti elenchi provinciale e regionale sono costituiti con l'osservanza dei principi e dei criteri fissati per gli elenchi nazionali ed hanno validità limitata ai territori provinciale e regionale. La commissione provvede alla costituzione ed all'aggiornamento dell'elenco secondo principi direttivi resi pubblici ed improntati a criteri di verifica dei requisiti. All'elenco possono accedere, a domanda, i candidati che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che siano in possesso del diploma di laurea e di specifici e documentati requisiti, coerenti rispetto alle funzioni da svolgere ed attestanti qualificata attività professionale di direzione tecnica o amministrativa in enti, strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, con esperienza acquisita per almeno cinque anni e comunque non oltre i due anni precedenti a quello dell'iscrizione. Il predetto elenco deve essere altresì integrato ai sensi dell'*art. 3 del D.Lgs. 30 giugno 1993, n. 270* ⁽⁵²⁾] ⁽⁵³⁾.

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

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

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

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

d) coloro che sono sottoposti a misura di sicurezza detentiva o a libertà vigilata ⁽⁵⁴⁾.

12. Il consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'unità sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal direttore sanitario. Fanno parte del consiglio medici in maggioranza ed altri operatori sanitari laureati - con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'unità sanitaria locale è presente un presidio ospedaliero - nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario. Nella componente medica è assicurata la presenza del medico veterinario. Il consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il consiglio dei sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Tale parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine fissato dalla legge regionale. La regione provvede a definire il numero dei componenti nonché a disciplinare le modalità di elezione e la composizione ed il funzionamento del consiglio ⁽⁵⁵⁾.

13. [Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dalla regione, uno designato dal Ministro del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato ed uno designato dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci o dai presidenti dei consigli circoscrizionali] ⁽⁵⁶⁾. [Il predetto collegio è integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla regione ed uno designato dal Ministro del tesoro scelto tra i funzionari della Ragioneria generale dello Stato, per le unità sanitarie locali il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi] ⁽⁵⁷⁾. [I revisori, ad eccezione della rappresentanza del Ministero del tesoro, sono scelti tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'*art. 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88*] ⁽⁵⁸⁾. Il direttore generale dell'unità sanitaria locale nomina i revisori con specifico provvedimento e li convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio dei revisori è fissata in misura pari al 10 per cento degli emolumenti del direttore generale dell'unità sanitaria locale. Al presidente del collegio compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti. [Il collegio dei revisori vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esamina il bilancio di previsione e le relative variazioni ed

assestamento] ⁽⁵⁹⁾. [Il collegio accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e può chiedere notizie al direttore generale sull'andamento dell'unità sanitaria locale] ⁽⁶⁰⁾. [I revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo] ⁽⁶¹⁾ ⁽⁶²⁾.

14. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale coincide con quello del comune, il sindaco, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie della popolazione, provvede alla definizione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività, esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio e rimette alla regione le relative osservazioni, verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale ed alla regione. Nelle unità sanitarie locali il cui ambito territoriale non coincide con il territorio del comune, le funzioni del sindaco sono svolte dalla conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza con modalità di esercizio delle funzioni dettate con normativa regionale ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾.

(15) Vedi, anche, l'*art. 3, D.Lgs. 21 dicembre 1999, n. 517*.

(16) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.) e dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) che ha anche aggiunto i commi da 1-bis a 1-quinquies.

(17) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e successivamente così modificato dall'*art. 1, D.Lgs. 7 giugno 2000, n. 168* (Gazz. Uff. 22 giugno 2000, n. 144).

(18) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e poi abrogato dall'*art. 256, D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163*, con la decorrenza indicata nell'*art. 257* dello stesso decreto.

(19) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e poi così modificato dalla lettera 0a) del comma 1 dell'*art. 4, D.L. 13 settembre 2012, n. 158*, come sostituito dalla *legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189*.

(20) Comma aggiunto dall'*art. 3, comma 1, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(21) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

- (22) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).
- (23) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (24) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (25) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (26) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (27) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (28) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (29) Lettera abrogata dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (30) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).
- (31) Periodo aggiunto dall'*art. 3, L. 30 novembre 1998, n. 419*.
- (32) Periodo abrogato dall'*art. 1, D.L. 27 agosto 1994, n. 512*.
- (33) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (34) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (35) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (36) Per le norme relative al contratto di cui al presente comma, vedi il *D.P.C.M. 19 luglio 1995, n. 502*.
- (37) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (38) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (39) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(40) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). L'ultimo periodo del comma 6 è stato aggiunto dall'*art. 3, L. 30 novembre 1998, n. 419*.

(41) Con riferimento al precedente testo, la Corte costituzionale, con sentenza 11 giugno-28 luglio 1993, n. 355 (Gazz. Uff. 4 agosto 1993, n. 32 - Serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'*art. 3, sesto comma* (prima e decima proposizione) e *4, ottavo comma* (terza proposizione), nella parte in cui prevedono che le competenze ivi stabilite siano esercitate, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale, su conforme delibera della Giunta medesima, e dalla Giunta regionale, anziché dalla Regione. Con la stessa sentenza è stata dichiarata anche l'illegittimità costituzionale dell'*art. 3, sesto e dodicesimo comma*, nella parte in cui prevede che i poteri sostitutivi ivi previsti siano esercitati dal Ministro della sanità, anziché dal Consiglio dei Ministri, previa diffida.

(42) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(43) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(44) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(45) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(46) L'*art. 2, D.L. 18 novembre 1996, n. 583*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione, ha abrogato il quinto periodo del presente comma 7, limitatamente alle parole «in possesso della idoneità nazionale di cui all'*art. 17*».

(47) Le parole tra parentesi quadre sono state abrogate dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(48) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(49) Comma prima sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* e poi così modificato dall'*art. 15, comma 13, lett. f-bis), D.L. 6 luglio 2012, n. 95*, nel testo integrato dalla legge di conversione 7 agosto 2012, n. 135.

(50) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(51) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). L'*art. 274, D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267*, ha abrogato il presente comma, limitatamente a quanto riguarda le cariche di consigliere comunale, provinciale, sindaco,

assessore comunale, presidente e assessore di comunità montane. L'art. 275 dello stesso ha, inoltre, disposto che i riferimenti contenuti in leggi, regolamenti, decreti o altre norme, a disposizioni del presente comma, si intendono effettuate ai corrispondenti articoli del suddetto *D.Lgs. n. 267/2000*. Successivamente, il presente comma è stato abrogato dal comma 1 dell'*art. 23, D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39*.

(52) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.)*.

(53) Comma abrogato dall'*art. 1, D.L. 27 agosto 1994, n. 512*.

(54) Comma così corretto con avviso pubblicato nella Gazz. Uff. 14 gennaio 1993, n. 10.

(55) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.)*.

(56) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(57) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(58) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(59) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(60) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(61) Periodo abrogato dall'*art. 3, comma 2, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*.

(62) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.)*.

(63) Comma così sostituito dall'*art. 4, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.)*.

(64) Per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali determinati in relazione alla struttura organizzativa derivante dalle leggi regionali, vedi l'*art. 26, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165*.

(commento di giurisprudenza)

8-ter. *Autorizzazioni alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie.*

1. La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono subordinate ad autorizzazione. Tali autorizzazioni si applicano alla costruzione di nuove strutture, all'adattamento di strutture già esistenti e alla loro diversa utilizzazione, all'ampliamento o alla trasformazione nonché al trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, con riferimento alle seguenti tipologie:

a) strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo o diurno per acuti;

b) strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio;

c) strutture sanitarie e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale, a ciclo continuativo o diurno.

2. L'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie è, altresì, richiesta per gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, individuati ai sensi del comma 4, nonché per le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche, svolte anche a favore di soggetti terzi.

3. Per la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie il comune acquisisce, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni di cui all'*art. 4 del decreto-legge 5 ottobre 1993, n. 398*, convertito, con modificazioni, dalla *legge 4 dicembre 1993, n. 493* e successive modificazioni, la verifica di compatibilità del progetto da parte della regione. Tale verifica è effettuata in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture ⁽¹⁷⁵⁾.

4. L'esercizio delle attività sanitarie e sociosanitarie da parte di strutture pubbliche e private presuppone il possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento ai sensi dell'*articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, sulla base dei principi e criteri direttivi previsti dall'articolo 8, comma 4, del presente decreto. In sede di modificazione del medesimo atto di indirizzo e coordinamento si individuano gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie di cui al comma 2, nonché i relativi requisiti minimi.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, le regioni determinano:

a) le modalità e i termini per la richiesta e l'eventuale rilascio della autorizzazione alla realizzazione di strutture e della autorizzazione all'esercizio di attività sanitaria e sociosanitaria, prevedendo la possibilità

del riesame dell'istanza, in caso di esito negativo o di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente;

b) gli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture o di capacità produttiva, definendo idonee procedure per selezionare i nuovi soggetti eventualmente interessati ⁽¹⁷⁹⁾.

(178) Il presente comma era stato abrogato dall'*art. 27, comma 2, D.L. 24 giugno 2014, n. 90*; successivamente, tale modifica non è stata confermata dalla legge di conversione (*L. 11 agosto 2014, n. 114*).

(179) Articolo prima inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.) e poi così modificato dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(commento di giurisprudenza)

8-quater. Accreditamento istituzionale.

1. L'accreditamento istituzionale è rilasciato dalla regione alle strutture autorizzate, pubbliche o private e ai professionisti che ne facciano richiesta, subordinatamente alla loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Al fine di individuare i criteri per la verifica della funzionalità rispetto alla programmazione nazionale e regionale, la regione definisce il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie individuate dal Piano sanitario regionale per garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nonché gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa di cui all'articolo 9. La regione provvede al rilascio dell'accreditamento ai professionisti, nonché a tutte le strutture pubbliche ed equiparate che soddisfano le condizioni di cui al primo periodo del presente comma, alle strutture private non lucrative di cui all'articolo 1, comma 18, e alle strutture private lucrative.

2. La qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-*quinquies*. I requisiti ulteriori costituiscono presupposto per l'accreditamento e vincolo per la definizione delle prestazioni previste nei programmi di attività delle strutture accreditate, così come definiti dall'articolo 8-*quinquies*.

3. Con atto di indirizzo e coordinamento emanato, ai sensi dell'*articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59*, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, sentiti

l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, il Consiglio superiore di sanità, e, limitatamente all'accREDITamento dei professionisti, la Federazione nazionale dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri, sono definiti i criteri generali uniformi per:

a) la definizione dei requisiti ulteriori per l'esercizio delle attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture sanitarie e dei professionisti, nonché la verifica periodica di tali attività;

b) la valutazione della rispondenza delle strutture al fabbisogno, tenendo conto anche del criterio della soglia minima di efficienza che, compatibilmente con le risorse regionali disponibili, deve essere conseguita da parte delle singole strutture sanitarie, e alla funzionalità della programmazione regionale, inclusa la determinazione dei limiti entro i quali sia possibile accREDITare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno programmato, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accREDITate ⁽¹⁸⁰⁾;

c) le procedure e i termini per l'accREDITamento delle strutture che ne facciano richiesta, ivi compresa la possibilità di un riesame dell'istanza, in caso di esito negativo e di prescrizioni contestate dal soggetto richiedente nonché la verifica periodica dei requisiti ulteriori e le procedure da adottarsi in caso di verifica negativa ⁽¹⁸¹⁾.

4. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

a) garantire l'eguaglianza fra tutte le strutture relativamente ai requisiti ulteriori richiesti per il rilascio dell'accREDITamento e per la sua verifica periodica;

b) garantire il rispetto delle condizioni di incompatibilità previste dalla vigente normativa nel rapporto di lavoro con il personale comunque impegnato in tutte le strutture;

c) assicurare che tutte le strutture accREDITate garantiscano dotazioni strumentali e tecnologiche appropriate per quantità, qualità e funzionalità in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili e alle necessità assistenziali degli utilizzatori dei servizi;

d) garantire che tutte le strutture accREDITate assicurino adeguate condizioni di organizzazione interna, con specifico riferimento alla dotazione quantitativa e alla qualificazione professionale del personale effettivamente impiegato;

e) prevedere la partecipazione della struttura a programmi di accREDITamento professionale tra pari;

f) prevedere la partecipazione degli operatori a programmi di valutazione sistematica e continuativa dell'appropriatezza delle

prestazioni erogate e della loro qualità, interni alla struttura e interaziendali;

g) prevedere l'accettazione del sistema di controlli esterni sulla appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, definito dalla regione ai sensi dell'articolo 8-*octies*;

h) prevedere forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori dei servizi alla verifica dell'attività svolta e alla formulazione di proposte rispetto all'accessibilità dei servizi offerti, nonché l'adozione e l'utilizzazione sistematica della carta dei servizi per la comunicazione con i cittadini, inclusa la diffusione degli esiti dei programmi di valutazione di cui alle lettere e) ed f);

i) disciplinare l'esternalizzazione dei servizi sanitari direttamente connessi all'assistenza al paziente, prevedendola esclusivamente verso soggetti accreditati in applicazione dei medesimi criteri o di criteri comunque equivalenti a quelli adottati per i servizi interni alla struttura, secondo quanto previsto dal medesimo atto di indirizzo e coordinamento;

l) indicare i requisiti specifici per l'accreditamento di funzioni di particolare rilevanza, in relazione alla complessità organizzativa e funzionale della struttura, alla competenza e alla esperienza del personale richieste, alle dotazioni tecnologiche necessarie o in relazione all'attuazione degli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione nazionale;

m) definire criteri per la selezione degli indicatori relativi all'attività svolta e ai suoi risultati finali dalle strutture e dalle funzioni accreditate, in base alle evidenze scientifiche disponibili;

n) definire i termini per l'adozione dei provvedimenti attuativi regionali e per l'adeguamento organizzativo delle strutture già autorizzate;

o) indicare i requisiti per l'accreditamento istituzionale dei professionisti, anche in relazione alla specifica esperienza professionale maturata e ai crediti formativi acquisiti nell'ambito del programma di formazione continua di cui all'articolo 16-*ter*;

p) individuare l'organizzazione dipartimentale minima e le unità operative e le altre strutture complesse delle aziende di cui agli articoli 3 e 4, in base alla consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, al grado di autonomia finanziaria e alla complessità dell'organizzazione interna;

q) prevedere l'estensione delle norme di cui al presente comma alle attività e alle strutture sociosanitarie, ove compatibili.

5. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni definiscono, in conformità ai criteri generali uniformi ivi previsti, i requisiti per l'accreditamento, nonché il procedimento per la loro verifica, prevedendo, per quanto

riguarda l'accreditamento dei professionisti, adeguate forme di partecipazione degli Ordini e dei Collegi professionali interessati.

6. Entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, le regioni avviano il processo di accreditamento delle strutture temporaneamente accreditate ai sensi dell'*articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724*, e delle altre già operanti.

7. Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso, in via provvisoria, per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei suoi risultati. L'eventuale verifica negativa comporta la sospensione automatica dell'accreditamento temporaneamente concesso.

8. In presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera *b*), le regioni e le unità sanitarie locali attraverso gli accordi contrattuali di cui all'*articolo 8-quinquies*, sono tenute a porre a carico del Servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale. In caso di superamento di tale limite, e in assenza di uno specifico e adeguato intervento integrativo ai sensi dell'*articolo 13*, si procede, con le modalità di cui all'*articolo 28, commi 9 e seguenti della legge 23 dicembre 1998, n. 448*, alla revoca dell'accreditamento della capacità produttiva in eccesso, in misura proporzionale al concorso a tale superamento apportato dalle strutture pubbliche ed equiparate, dalle strutture private non lucrative e dalle strutture private lucrative ⁽¹⁸²⁾.

(180) Lettera così modificata dal comma 1-*quinquies* dell'*art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

(181) Comma così modificato dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(182) Articolo così inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.). Vedi, anche, il comma 796 dell'*art. 1, L. 27 dicembre 2006, n. 296*.

(commento di giurisprudenza)

8-quinquies. Accordi contrattuali ⁽¹⁸³⁾.

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, definiscono l'ambito di

applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale ⁽¹⁸⁴⁾;

c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;

d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura ⁽¹⁸⁵⁾.

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano ⁽¹⁸⁶⁾:

a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;

b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati ⁽¹⁸⁷⁾;

c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza

prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-*octies*;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera *d*), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera *b*), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera *d*), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato ⁽¹⁸⁸⁾.

2-*bis*. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-*ter*, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari ⁽¹⁸⁹⁾]

2-*ter*. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia ⁽¹⁹¹⁾ ⁽¹⁹²⁾].

2-*quater*. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e contratti con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere *a*), *b*), *c*), *e*) ed *e-bis*) ⁽¹⁹³⁾.

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-*quater* delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso ⁽¹⁹⁴⁾.

(183) Articolo così inserito dall'*art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(184) La Corte costituzionale, con sentenza 20 - 27 luglio 2011, n. 248 (Gazz. Uff. 3 agosto 2011, n. 33, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 8-*quinquies*, comma 2, lettera *b*), introdotto dall'articolo 79, comma 1-*quinquies*, del D.L. 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sollevata in riferimento agli articoli 3, 97 e 113 della Costituzione; ha inoltre dichiarato non fondate le ulteriori questioni di legittimità costituzionale del medesimo articolo 8-*quinquies*, comma 2, lettera *b*), introdotto dall'articolo 79, comma 1-*quinquies*, del D.L. n. 112 del 2008, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 133 del 2008, sollevate in riferimento agli articoli 3, 32 e 117, secondo comma, lettera *m*); della Costituzione.

(185) Comma così modificato dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(186) Alinea così modificato dal comma 1-*quinquies* dell'*art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

(187) Lettera così modificata dal comma 1-*quinquies* dell'*art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, aggiunto dalla relativa legge di conversione.

(188) Lettera aggiunta dal comma 1 dell'*art. 8, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248*, come rettificato con *Comunicato 11 gennaio 2008* (Gazz. Uff. 11 gennaio 2008, n. 9) e sostituito dalla relativa legge di conversione.

(189) Comma aggiunto dall'*art. 7, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.). In attuazione di quanto disposto nel presente comma, vedi il *D.M. 31 ottobre 2000*.

(190) Comma abrogato dall'*art. 2268, comma 1, n. 896), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. n. 66/2010*.

(191) Comma aggiunto dall'*art. 7, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(192) Comma abrogato dall'*art. 2268, comma 1, n. 896), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66*, con la decorrenza prevista dall'*art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. n. 66/2010*.

(193) Comma aggiunto dal comma 1-*quinquies* dell'*art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

(194) Comma aggiunto dal comma 1-*quinquies* dell'*art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112*, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

(commento di giurisprudenza)

16. Formazione.

1. La formazione medica di cui all'articolo 6, comma 2, implica la partecipazione guidata o diretta alla totalità delle attività mediche, ivi comprese la medicina preventiva, le guardie, l'attività di pronto soccorso, l'attività ambulatoriale e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione. La formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Durante il periodo di formazione è obbligatoria la partecipazione attiva a riunioni periodiche, seminari e corsi teorico-pratici nella disciplina ⁽²⁹⁴⁾.

(294) Comma così sostituito dall'*art. 17, D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.)*.

16-bis. Formazione continua.

1. Ai sensi del presente decreto, la formazione continua comprende l'aggiornamento professionale e la formazione permanente. L'aggiornamento professionale è l'attività successiva al corso di diploma, laurea, specializzazione, formazione complementare, formazione specifica in medicina generale, diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale le conoscenze professionali. La formazione permanente comprende le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza alla assistenza prestata dal Servizio sanitario nazionale.

2. La formazione continua consiste in attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali, attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari, organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate ai sensi del presente decreto, nonché soggiorni di studio e la

partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, di sperimentazione e di sviluppo. La formazione continua di cui al comma 1 è sviluppata sia secondo percorsi formativi autogestiti sia, in misura prevalente, in programmi finalizzati agli obiettivi prioritari del Piano sanitario nazionale e del Piano sanitario regionale nelle forme e secondo le modalità indicate dalla Commissione di cui all'art. 16-ter⁽²⁹⁵⁾.

2-bis. I laureati in medicina e chirurgia e gli altri operatori delle professioni sanitarie, obbligati ai programmi di formazione continua di cui ai commi 1 e 2, sono esonerati da tale attività formativa limitatamente al periodo di espletamento del mandato parlamentare di senatore o deputato della Repubblica nonché di consigliere regionale⁽²⁹⁶⁾.

(295) Articolo inserito dall'art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

(296) Comma aggiunto dall'art. 2, L. 1° febbraio 2006, n. 43.

16-ter. Commissione nazionale per la formazione continua.

1. Con decreto del Ministro della sanità, da emanarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del *decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229*, è nominata una Commissione nazionale per la formazione continua, da rinnovarsi ogni cinque anni. La Commissione è presieduta dal Ministro della salute ed è composta da quattro vicepresidenti, di cui uno nominato dal Ministro della salute, uno dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, uno rappresentato dal Presidente della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, nonché da 25 membri, di cui due designati dal Ministro della salute, due dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, uno dal Ministro per la funzione pubblica, uno dal Ministro per le pari opportunità, uno dal Ministro per gli affari regionali, sei dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta della Conferenza permanente dei presidenti delle regioni e delle province autonome, due dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei farmacisti, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici veterinari, uno dalla Federazione nazionale dei collegi infermieri professionali, assistenti sanitari e vigilatrici d'infanzia, uno dalla Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della riabilitazione di cui all'art. 2 della *legge 10 agosto 2000, n. 251*, uno dalle associazioni delle professioni dell'area tecnico-sanitaria di cui all'art. 3 della *citata legge n. 251 del 2000*, uno dalle associazioni delle professioni dell'area della prevenzione di cui all'art. 4 della *medesima legge n. 251 del 2000*, uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei biologi, uno dalla Federazione

nazionale degli ordini degli psicologi e uno dalla Federazione nazionale degli ordini dei chimici. Con il medesimo decreto sono disciplinate le modalità di consultazione delle categorie professionali interessate in ordine alle materie di competenza della Commissione ⁽²⁹⁷⁾.

2. La Commissione di cui al comma 1 definisce, con programmazione pluriennale, sentita la Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nonché gli Ordini e i Collegi professionali interessati, gli obiettivi formativi di interesse nazionale, con particolare riferimento alla elaborazione, diffusione e adozione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici. La Commissione definisce i crediti formativi che devono essere complessivamente maturati dagli operatori in un determinato arco di tempo, gli indirizzi per la organizzazione dei programmi di formazione predisposti a livello regionale nonché i criteri e gli strumenti per il riconoscimento e la valutazione delle esperienze formative. La Commissione definisce altresì i requisiti per l'accreditamento delle società scientifiche nonché dei soggetti pubblici e privati che svolgono attività formative e procede alla verifica della sussistenza dei requisiti stessi.

3. Le regioni, prevedendo appropriate forme di partecipazione degli ordini e dei collegi professionali, provvedono alla programmazione e alla organizzazione dei programmi regionali per la formazione continua, concorrono alla individuazione degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui al comma 2, elaborano gli obiettivi formativi di specifico interesse regionale, accreditano i progetti di formazione di rilievo regionale secondo i criteri di cui al comma 2. Le regioni predispongono una relazione annuale sulle attività formative svolte, trasmessa alla Commissione nazionale, anche al fine di garantire il monitoraggio dello stato di attuazione dei programmi regionali di formazione continua ⁽²⁹⁸⁾.

(297) Comma così modificato prima dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.)* e poi dall'*art. 3, D.L. 7 febbraio 2002, n. 8* come modificato dalla relativa legge di conversione. Vedi, anche, gli *articoli 1, 9, 10 e 11, D.P.R. 14 maggio 2007, n. 86*.

(298) Articolo così inserito dall'*art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.)*. Per la parziale abrogazione del presente articolo vedi il comma 360 dell'*art. 2, L. 24 dicembre 2007, n. 244*. Vedi, anche, il *D.M. 5 luglio 2002*.

16-quater. Incentivazione della formazione continua.

1. La partecipazione alle attività di formazione continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale, in qualità di dipendente o libero professionista, per conto delle aziende ospedaliere,

delle università, delle unità sanitarie locali e delle strutture sanitarie private.

2. I contratti collettivi nazionali di lavoro del personale dipendente e convenzionato individuano specifici elementi di penalizzazione, anche di natura economica, per il personale che nel triennio non ha conseguito il minimo di crediti formativi stabilito dalla Commissione nazionale.

3. Per le strutture sanitarie private l'adempimento, da parte del personale sanitario dipendente o convenzionato che opera nella struttura, dell'obbligo di partecipazione alla formazione continua e il conseguimento dei crediti nel triennio costituiscono requisito essenziale per ottenere e mantenere l'accreditamento da parte del Servizio sanitario nazionale ⁽²⁹⁹⁾.

(299) Articolo così inserito dall'*art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

16-quinquies. Formazione manageriale.

1. La formazione di cui al presente articolo è requisito necessario per lo svolgimento degli incarichi relativi alle funzioni di direzione sanitaria aziendale e per la direzione di strutture complesse per le categorie dei medici, odontoiatri, veterinari, farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi. Tale formazione si consegue, dopo l'assunzione dell'incarico, con la frequenza e il superamento dei corsi di cui al comma 2 ⁽³⁰⁰⁾.

2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo accordo con il ministero della sanità ai sensi dell'*articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281*, organizzano e attivano, a livello regionale o interregionale, avvalendosi anche, ove necessario, di soggetti pubblici e privati accreditati dalla Commissione di cui all'articolo 16-ter, i corsi per la formazione di cui al comma 1, tenendo anche conto delle discipline di appartenenza. Lo stesso accordo definisce i criteri in base ai quali l'Istituto superiore di sanità attiva e organizza i corsi per i direttori sanitari e i dirigenti responsabili di struttura complessa dell'area di sanità pubblica che vengono attivati a livello nazionale.

3. Con decreto del Ministro della sanità, su proposta della commissione di cui all'articolo 16-ter, sono definiti i criteri per l'attivazione dei corsi di cui al comma 2, con particolare riferimento all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ai criteri di finanziamento e ai bilanci, alla gestione delle risorse umane e all'organizzazione del lavoro, agli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni, alla metodologia delle attività didattiche, alla durata dei corsi stessi, nonché alle modalità con cui valutare i risultati ottenuti dai partecipanti.

4. Gli oneri connessi ai corsi sono a carico del personale interessato.

5. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano al personale dirigente del ruolo sanitario delle unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'articolo 4, degli istituti zooprofilattici sperimentali. Le disposizioni si applicano, altresì, al personale degli enti e strutture pubbliche indicate all'*articolo 11 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484*, al quale sia stata estesa la disciplina sugli incarichi dirigenziali di struttura complessa di cui al presente decreto ⁽³⁰¹⁾.

(300) Comma così modificato dall'*art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254* (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(301) Articolo così inserito dall'*art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

16-sexies. *Strutture del Servizio sanitario nazionale per la formazione.*

1. Il Ministro della sanità, su proposta della regione o provincia autonoma interessata, individua i presidi ospedalieri, le strutture distrettuali e i dipartimenti in possesso dei requisiti di idoneità stabiliti dalla Commissione di cui all'articolo 16-ter, ai quali riconoscere funzioni di insegnamento ai fini della formazione e dell'aggiornamento del personale sanitario.

2. La regione assegna, in via prevalente o esclusiva, a detti ospedali, distretti e dipartimenti le attività formative di competenza regionale e attribuisce agli stessi la funzione di coordinamento delle attività delle strutture del Servizio sanitario nazionale che collaborano con l'università al fine della formazione degli specializzandi e del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ⁽³⁰²⁾.

(302) Articolo così inserito dall'*art. 14, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229* (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).



Toscana

L.R. 24-2-2005 n. 40

Disciplina del Servizio sanitario regionale.

Pubblicata nel B.U. Toscana 7 marzo 2005, n. 19, parte prima, suppl. n. 40.

L.R. 24 febbraio 2005, n. 40 ⁽¹⁾.

Disciplina del Servizio sanitario regionale.

(1) Pubblicata nel B.U. Toscana 7 marzo 2005, n. 19, parte prima, suppl. n. 40.

Capo II - Consiglio sanitario regionale

Art. 83

Consiglio sanitario regionale ⁽³⁰⁵⁾.

1. Il Consiglio sanitario regionale, già istituito, è organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio regionale.
2. Il Consiglio sanitario regionale ha sede presso il centro direzionale della Giunta regionale.

(305) Per la permanenza in carica dell'organo sanitario di cui al presente articolo vedi l'art. 3, L.R. 30 ottobre 2010, n. 55.

Art. 84

Funzioni.

1. Il Consiglio sanitario regionale svolge le seguenti funzioni:
 - a) consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;
 - b) parere sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario.
-

Art. 85*Organi.*

1. Sono organi del Consiglio sanitario regionale:

- a) il presidente;
 - b) il vice presidente;
 - c) l'ufficio di presidenza;
 - d) l'assemblea.
-

Art. 86*Presidente.*

1. Il Consiglio sanitario regionale è presieduto dall'assessore regionale competente con il compito di:

- a) convocare e presiedere l'assemblea del Consiglio sanitario regionale;
 - b) presiedere l'ufficio di presidenza;
 - c) proporre all'ufficio di presidenza il programma di attività e l'ordine del giorno dei lavori;
 - d) sovrintendere all'attuazione dei programmi di attività del Consiglio sanitario regionale;
 - e) presentare annualmente al Consiglio regionale e alla Giunta regionale la relazione sull'attività del Consiglio sanitario regionale;
 - f) proporre al Consiglio sanitario regionale il regolamento interno.
-

Art. 87*Vice presidente.*

1. Il vice presidente del Consiglio sanitario regionale è il presidente in carica della federazione regionale toscana dell'ordine dei medici.

2. Il vice presidente è delegato dal presidente a svolgere tutte le funzioni di cui all'articolo 86.

Art. 88*Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni.*

1. L'ufficio di presidenza è composto:

- a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale;
- b) dal vice presidente del Consiglio sanitario regionale;
- c) da otto membri eletti al proprio interno dall'assemblea;
- d) dal direttore generale della competente direzione generale della Regione.

2. L'ufficio di presidenza ha il compito di:

- a) proporre all'assemblea il programma di attività annuale e pluriennale del Consiglio sanitario regionale;
- b) determinare l'ordine del giorno dei lavori;
- c) costituire i gruppi di lavoro e proporre all'assemblea le commissioni, gli osservatori e i relativi membri ⁽³⁰⁶⁾;
- d) designare, sentito il parere dell'assemblea, gli esperti regionali o extraregionali chiamati a collaborare con le commissioni di cui alla lettera c), assegnare alle medesime l'esame dei provvedimenti e decidere in ordine ai pareri da sottoporre all'esame dell'assemblea ⁽³⁰⁷⁾;
- e) promuovere, d'intesa con l'ARS, il coordinamento delle rispettive attività.

(306) La presente lettera, già sostituita dall'*art. 14, comma 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*, è stata poi nuovamente così sostituita dall'*art. 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo precedente era così formulato: «c) proporre wall'assemblea i gruppi di lavoro e le commissioni permanenti o speciali e i relativi membri;».

(307) Lettera così sostituita dall'*art. 14, comma 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «d) designare gli esperti regionali o extraregionali chiamati a collaborare con le commissioni di cui alla lettera c), assegnare alle medesime l'esame dei provvedimenti e decidere in ordine ai pareri da sottoporre all'esame dell'assemblea.».

Art. 89***Assemblea. Composizione.***

1. L'assemblea del Consiglio sanitario regionale è composta:

- a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale che la presiede;
- b) dal presidente in carica della federazione regionale degli ordini dei medici;
- c) da ventotto membri, medici di comprovata esperienza, designati dalla federazione di cui alla precedente lettera b), di cui tre medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta e ventiquattro specialisti individuati nell'ambito delle discipline riferite alle strutture funzionali ospedaliere, di cui almeno uno docente universitario, alle unità funzionali territoriali e al dipartimento della prevenzione, tenendo conto delle varie realtà territoriali ⁽³⁰⁵⁾;
- d) da quindici rappresentanti designati da ciascuno dei seguenti organismi professionali:
 - 1) uno dall'ordine regionale dei veterinari;
 - 2) uno dal coordinamento regionale degli ordini dei farmacisti;
 - 3) uno dall'ordine regionale degli psicologi;
 - 4) uno dalle commissioni provinciali odontoiatri della Toscana;
 - 5) uno dalla federazione nazionale dei biologi;
 - 6) uno dalla federazione regionale dei chimici;
 - 7) tre dal coordinamento regionale collegi infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia (IPASVI), di cui un assistente sanitario;
 - 8) uno dal coordinamento regionale collegi ostetriche;
 - 9) uno dal coordinamento regionale collegi tecnici di radiologia;
 - 10) quattro scelti tra i dirigenti dalle rispettive organizzazioni professionali di cui, un tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, un tecnico sanitario di laboratorio bio-medico, un fisioterapista, un dietista;
- e) tre direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali, uno per ciascuna area vasta, ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliere-universitarie ⁽³⁰⁹⁾;
- f) due direttori sanitari designati dalle associazioni rappresentative degli istituti privati;

g) quindici esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato e nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla *legge regionale 2 aprile 2009, n. 16 (Cittadinanza di genere)* ⁽³¹⁰⁾;

g-bis) un esperto delle medicine complementari designato dalla competente direzione generale regionale, sentiti i centri di riferimento regionali ⁽³¹¹⁾.

2. Il presidente del Consiglio sanitario regionale invita a partecipare all'assemblea, con diritto di voto, il direttore generale dell'ARPAT e il presidente della commissione regionale di bioetica, per gli argomenti di rispettiva competenza.

3. I membri di cui al comma 1, lettere b), c), d), e), f) e g) durano in carica dalla data di nomina o di elezione fino a quella di insediamento del Consiglio regionale.

4. [In sede di prima applicazione della presente legge, i medesimi membri durano in carica fino allo scadere di un anno dalla data di insediamento del Consiglio regionale successiva alle elezioni regionali] ⁽³¹²⁾.

5. I membri di cui al comma 1, lettera e) sono designati dai direttori generali rispettivamente delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie.

6. I membri del Consiglio sanitario regionale sono nominati dal Consiglio regionale; a tal fine, le designazioni dei componenti di cui al comma 1, lettere c), d), e), f) e g-bis), sono trasmesse dalla Giunta regionale al Consiglio regionale entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale ⁽³¹³⁾.

7. Il Consiglio regionale procede alla nomina non appena il numero delle designazioni pervenute ai sensi del comma 6, unitamente a quello dei componenti di cui al comma 1, lettere b), c), e), f), rappresenti la maggioranza dei componenti del Consiglio sanitario regionale ⁽³¹⁴⁾.

8. La sostituzione per un qualsiasi motivo di uno dei componenti dell'assemblea, avviene con le procedure di cui al presente articolo.

9. [Sono fatte salve le vigenti norme in materia di nomine e designazione in enti o organismi operanti nella Regione] ⁽³¹⁵⁾.

(308) Lettera così modificata dall'*art. 15, comma 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(309) Lettera così sostituita dall'*art. 3, comma 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «e) tre direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliero-universitarie;».

(310) Lettera così sostituita dall'*art. 3, comma 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «g) tre esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato;».

(311) Lettera aggiunta dall'*art. 9, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 66*, poi così modificata dall'*art. 3, comma 3, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(312) Comma abrogato dall'*art. 9, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

(313) Il presente comma, già modificato dall'*art. 9, comma 3, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*, poi sostituito dall'*art. 15, comma 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*, è stato nuovamente così sostituito dall'*art. 66, comma 1, L.R. 9 agosto 2013, n. 47*. Il testo precedente era così formulato: «6. I membri del Consiglio sanitario regionale sono nominati dal Consiglio regionale; a tal fine, le designazioni dei componenti di cui al comma 1, lettere c), d), e), f), sono trasmesse dai soggetti competenti entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale.».

(314) Comma così sostituito dall'*art. 15, comma 3, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «7. La Giunta regionale trasmette le proposte di nomina al Consiglio regionale non appena il numero delle designazioni pervenute ai sensi del comma 6, unitamente a quello dei componenti di cui al comma 1, lettere b), c), e), f) rappresenti la maggioranza dei componenti del Consiglio sanitario regionale.».

(315) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 4, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

Art. 90

Assemblea. Funzioni.

1. L'assemblea svolge le seguenti funzioni:

a) consulenza e proposta in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;

b) pareri sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario, trasmessi dall'ufficio di presidenza di cui all'articolo 88;

c) parere obbligatorio sugli atti aventi carattere programmatico o dispositivo generale e sugli atti finali di tutti gli organismi tecnico-sanitari di nomina regionale;

d) adozione, entro trenta giorni dall'insediamento, del regolamento interno su proposta del presidente;

e) nomina, nella prima seduta, a maggioranza semplice degli otto membri dell'ufficio di presidenza scelti al proprio interno di cui almeno uno tra i componenti di cui all'articolo 89, comma 1, lettera d);

f) adozione del programma annuale di attività;

g) supporto al monitoraggio dei livelli di assistenza, alla verifica della qualità del servizio, all'attuazione del sistema dell'accreditamento ed alla elaborazione dei progetti innovativi sperimentali; a tal fine può richiedere studi, consulenze o ricerche all'ARS;

h) collaborazione alla stesura della relazione sanitaria regionale;

i) promozione, anche in collaborazione con soggetti pubblici e privati, di iniziative formative e culturali, nonché di studi e ricerche;

l) promozione della elaborazione ed espressione di parere obbligatorio sulle linee-guida e sui percorsi assistenziali nonché sui protocolli diagnostico e terapeutico riabilitativi, in collaborazione con le società scientifiche e la federazione degli ordini;

m) designazione dei membri di propria competenza negli organismi tecnico-sanitari regionali;

n) espressione di eventuali pareri su provvedimenti aventi carattere sanitario a richiesta delle aziende sanitarie e delle conferenze aziendali dei sindaci ⁽³¹⁶⁾;

⁽³¹⁷⁾ o) nomina delle commissioni e degli osservatori di cui all'articolo 92

2. Per lo svolgimento dei propri compiti il Consiglio sanitario regionale può avvalersi di esperti nominati dal presidente su proposta dell'ufficio di presidenza, scelti anche su designazione delle società scientifiche di settore; a tali esperti spetta il compenso previsto per i componenti dell'assemblea.

3. Alle sedute dell'assemblea partecipa il direttore generale della direzione competente della Giunta regionale, il quale, a richiesta del presidente, può invitare i funzionari della Regione e delle aziende sanitarie interessate per la trattazione degli argomenti di rispettiva competenza.

4. Le riunioni dell'assemblea non sono pubbliche; gli atti inerenti materie di interesse generale sono pubblicati per decisione del presidente del Consiglio sanitario regionale, anche su richiesta dell'ufficio di presidenza.

(316) Lettera così modificata dall'*art. 87, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(317) Lettera così sostituita dall'*art. 4, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «o) nomina delle commissioni di cui all'articolo 92.».

Art. 91***Regolamento.***

1. Il regolamento del Consiglio sanitario regionale è adottato dall'assemblea, su proposta del presidente, entro trenta giorni dalla seduta di insediamento.
 2. Il regolamento definisce le norme per l'organizzazione e il funzionamento del Consiglio sanitario regionale e le articolazioni di funzioni di cui all'articolo 92.
-

Art. 92***Articolazioni di funzioni e organi ⁽³¹⁸⁾.***

1. Il Consiglio sanitario regionale articola le proprie funzioni in osservatori e commissioni permanenti per tematiche a valenza generale derivanti dalla programmazione regionale.
 2. Agli osservatori e alle commissioni permanenti, presieduti da un responsabile proposto dall'ufficio di presidenza, possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al servizio sanitario regionale, senza oneri aggiuntivi.
 3. I responsabili degli osservatori e delle commissioni permanenti partecipano ai lavori dell'ufficio di presidenza e dell'assemblea, con diritto di voto.
-

(318) Articolo così sostituito dall'art. 5, L.R. 3 maggio 2011, n. 16. Il testo originario era così formulato: «Art. 92. Articolazioni di funzioni. 1. Il Consiglio sanitario regionale articola le proprie funzioni in commissioni permanenti e speciali, per la trattazione di specifiche tematiche alle quali possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al servizio sanitario regionale.».

Art. 93***Struttura.***

1. Per lo svolgimento delle proprie funzioni, il Consiglio sanitario regionale si avvale di una apposita struttura tecnica cui è preposto un dirigente responsabile, coadiuvato da funzionari e personale amministrativo della competente direzione generale della Giunta regionale.

2. La Giunta regionale provvede alla messa a disposizione del Consiglio sanitario regionale di una sede idonea, nonché del materiale indispensabile per lo svolgimento dei compiti ad esso assegnati.

Art. 94

Indennità e rimborso spese.

1. Ai membri dell'ufficio di presidenza, individuati all'articolo 88, comma 1, lettere b) e c), è corrisposta una indennità mensile di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.

2. Agli altri membri del Consiglio sanitario regionale, nonché ai componenti esterni delle commissioni e degli osservatori, è corrisposto un gettone di presenza per l'effettiva partecipazione ad ogni seduta e per non più di una seduta al giorno, nella misura definita con Delib.G.R., in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione ⁽³¹⁹⁾.

3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2, spetta altresì il rimborso spese con le modalità e nella misura stabiliti con deliberazione della Giunta regionale ⁽³²⁰⁾.

(319) Comma così sostituito dall'*art. 6, comma 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «2. Agli altri membri del Consiglio sanitario regionale, nonché ai componenti esterni delle commissioni permanenti e speciali è corrisposta una indennità di presenza per l'effettiva partecipazione ad ogni seduta e per non più di una seduta al giorno, nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.».

(320) Comma così sostituito dall'*art. 6, comma 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2, spetta il rimborso spese nella misura stabilita per i dirigenti regionali.».

Puglia

L.R. 13-8-2001 n. 24

Istituzione dell'Agenzia regionale sanitaria pugliese (A.R.E.S.).

Pubblicata nel B.U. Puglia 27 agosto 2001, n. 129.

Art. 2 *Compiti.*

1. L'A.R.E.S.:

a) collabora alla elaborazione delle proposte per la predisposizione del Piano sanitario regionale (P.S.R.);

b) elabora la relazione annuale, da trasmettere all'Agenzia sanitaria per i servizi sanitari regionali presso il Ministero della sanità, alla Giunta regionale per il tramite dell'Assessore alla sanità e alla Commissione consiliare competente per materia, in ordine allo stato di attuazione del P.S.R. vigente, sui risultati di gestione del S.S.R. e sugli orientamenti delle risorse per l'anno successivo;

c) fornisce il supporto tecnico alla Regione per l'elaborazione dei principi e dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, del *D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502* e successive modificazioni;

d) collabora con l'Osservatorio epidemiologico regionale per la valutazione dei bisogni di salute e della offerta relativi ai servizi sanitari necessari;

e) elabora le direttive di organizzazione, di programmazione strategica, di pianificazione delle attività, di vigilanza e controllo delle Aziende USL ed Enti del S.S.R. per la valutazione dei risultati conseguiti che saranno proposte alla Giunta regionale dall'Assessore alla sanità;

f) elabora le proposte per la Giunta regionale, per il tramite dell'Assessore alla sanità, ai fini dell'adozione o della revisione della disciplina regionale nelle materie e per le fattispecie previste dal *D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni, nonché dal *D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517* ai fini dei rapporti e dell'integrazione con le Università degli studi;

g) fornisce la necessaria assistenza alle Aziende sanitarie e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (I.R.C.C.S.) nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie per il controllo di gestione;

h) [determina i criteri e i parametri di finanziamento delle Aziende sanitarie, degli I.R.C.C.S., degli enti ecclesiastici e delle strutture sanitarie

accreditate e relaziona circa il livello dei costi e dei ricavi, nonché sul raggiungimento dell'equilibrio economico in ciascuna Azienda] ⁽²⁾;

i) fornisce alla Giunta regionale, per il tramite dell'Assessore alla sanità, gli elementi necessari per le autorizzazioni, gli accreditamenti e gli accordi di cui, rispettivamente, agli articoli 8-ter, 8-quater e 8-quinques del *D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni, nonché per la definizione delle funzioni assistenziali da remunerare a costo standard;

j) [esprime parere sui programmi di sperimentazione ex *articolo 9-bis del D.Lgs. n. 502/1992* e fornisce supporto tecnico per la elaborazione dei programmi di cui all'articolo 19-ter, comma 2] ⁽³⁾;

k) [definisce indirizzi per l'organizzazione delle attività e del lavoro nelle strutture territoriali e ospedaliere delle Aziende sanitarie regionali, anche ai fini della programmazione del fabbisogno di personale e della formazione dei piani periodici di assunzione di personale] ⁽⁴⁾;

l) [coordina le iniziative per la omogenea applicazione degli istituti normo-economici dei Contratti collettivi nazionali di lavoro del personale delle Aziende sanitarie della Regione, anche con riferimento a obiettivi di allineamento dei tempi di applicazione degli stessi] ⁽⁵⁾;

m) svolge funzioni di proposta, supporto e consulenza, di informazione e promozione culturale nell'ambito dei programmi di prevenzione previsti dai piani sanitari nazionale e regionale;

n) svolge attività di raccolta e di tenuta di documentazione, di osservazione e monitoraggio, di rilevazione, di studio e ricerca, nonché di pubblicazione di documenti e opuscoli, garantendo l'accessibilità ai dati;

o) gestisce centralmente, per conto delle Aziende sanitarie, segmenti di attività con ricaduta omogenea sull'intero territorio regionale (educazione sanitaria, prevenzione, formazione, organizzazione e politiche del personale) su delega dell'Assessore alla sanità nonché centri di acquisto a livello regionale su mandato dell'Assessore alla sanità;

p) in relazione all'attuazione degli *articoli 16 e seguenti, del D.Lgs. n. 502/1992* e successive modificazioni, collabora alla predisposizione dei programmi regionali per la formazione continua nonché alla organizzazione e attivazione, anche a livello interregionale, dei corsi;

q) [elabora direttive per la realizzazione del modello dipartimentale di organizzazione e gestione delle Aziende sanitarie regionali che saranno proposte alla Giunta regionale dall'Assessore alla sanità] ⁽⁶⁾;

r) [fornisce alla Regione supporto tecnico per la definizione dei criteri preventivi ai fini della valutazione dei Direttori generali delle Aziende sanitarie] ⁽⁷⁾;

s) per le funzioni di pianificazione, programmazione e realizzazione delle attività descritte nel presente comma, l'A.R.E.S. può avvalersi del parere consultivo e gratuito degli Ordini e Collegi rappresentativi delle professioni sanitarie.

2. L'A.R.E.S. può, nelle materie di propria competenza, fornire servizi e consulenze remunerate a enti pubblici, aziende e organizzazioni private.

3. Le attività previste dal comma 2 si esplicano attraverso interventi e iniziative formative e informative, gestione di banche dati, gestione di centri di documentazione multimediali, realizzazione di indagini e inchieste, produzione di materiale educativo e informativo.

(2) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

(3) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

(4) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

(5) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

(6) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.

(7) Lettera abrogata dall'*art. 35, comma 1, lettera a)*, L.R. 9 agosto 2006, n. 26.
