

LEGGE REGIONALE 23 dicembre 2004, n. 29**NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

Testo coordinato con le modifiche apportate da:

- L.R. 3 marzo 2006 n. 2
- L.R. 26 luglio 2007 n. 13
- L.R. 19 febbraio 2008 n. 4
- L.R. 23 luglio 2010 n. 7
- L.R. 20 dicembre 2013 n. 28
- L.R. 16 luglio 2015 n. 10
- L.R. 30 luglio 2015, n. 13
- L.R. 16 luglio 2018, n. 9
- L.R. 1 agosto 2019 n. 17
- L.R. 6 novembre 2019, n. 22
- L.R. 29 luglio 2021, n. 8
- L.R. 26 novembre 2021, n. 17
- L.R. 27 dicembre 2022, n. 23

Art. 1*Tutela della salute e Servizio sanitario regionale*

1. Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato 'Ssr') è costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attività assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato 'Ssn') e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona ed interesse della collettività ai sensi dell' articolo 32 della Costituzione, degli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e dell' articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell' articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) nel testo introdotto dall' articolo 1 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell' articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) e modificato dall' articolo 1, comma 5, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria, convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405.

2. Il Ssr si ispira ai seguenti principi

- a) la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
- b) la responsabilità pubblica per la tutela della salute della persona e delle comunità locali;
- c) l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;
- d) la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno, nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità di accesso ai servizi, della qualità dell'assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse;
- e) il finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale; l'eventuale ricorso alla partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni si ispira a principi di equità e di progressività;
- f) la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività;
- g) la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;
- h) la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;
- i) la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell' articolo 118 della Costituzione;
- l) la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attività ed alla verifica dei risultati di salute;
- m) la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilità dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocità di trattamento;
- n) la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del Ssr e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del sistema sanitario.

Art. 2

Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale
(soppresso comma 3 da art. 25 L.R. 6 novembre 2019, n. 22)

1. La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:
 - a) le Aziende Unità sanitarie locali, (di seguito denominate 'Aziende Usl' o 'Azienda Usl');
 - b) le Aziende ospedaliere, nonché, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (di seguito denominati 'IRCCS') e, secondo le modalità di cui all'articolo 9 della presente legge, le Aziende ospedaliero-universitarie, già Aziende ospedaliere integrate con l'Università. La costituzione di Aziende ospedaliere è disposta dalla Regione motivando sulla base della complessità della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal Piano sanitario regionale; ⁽²⁾
 - c) altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende e gli Istituti di cui alle lettere a) e b) - di seguito denominati 'Aziende sanitarie' - abbiano stipulato accordi contrattuali.
2. L'organizzazione del Ssr prevede:
 - a) l'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al Ssr;
 - b) la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi, secondo le indicazioni contenute nella Carta dei servizi e nell'atto aziendale;
 - c) la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;
 - d) la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria regionale e locale, nonché alla verifica dei risultati di salute ottenuti dalle Aziende sanitarie;
 - e) la partecipazione delle Aziende sanitarie all'elaborazione, da parte degli Enti locali, dei Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale;
 - f) il governo clinico delle Aziende sanitarie e la partecipazione organizzativa degli operatori;
 - g) il confronto e la concertazione quali metodi di relazione con le organizzazioni sindacali;
 - h) l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale, secondo i principi di cui all' articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, ed in base alla legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), favorendo in particolare l'integrazione sociale delle persone con patologie psichiatriche e con dipendenze da droga, alcool e farmaci, secondo i principi di libertà e di dignità umana alla base della legge 13 maggio 1978, n. 180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori).
- 3.
4. La Regione, con riferimento alle attività ed agli oggetti attinenti all'organizzazione ed al funzionamento del Ssr, assicura il coordinamento delle autonomie funzionali operanti nel territorio regionale, secondo il criterio di favorire l'esercizio concertato delle funzioni tra loro omogenee e nel rispetto dell'autonomia ad esse garantita.
5. I rapporti tra il Ssr e le Università sono disciplinati nel rispetto dei principi fondamentali dettati dalle leggi dello Stato, dalle disposizioni della presente legge, nonché attraverso la stipulazione del protocollo d'intesa di cui all'articolo 9.
6. La Regione promuove le opportune forme di autoordinamento fra le Regioni e di coordinamento con lo Stato, nonché, nell'ambito dell'attuazione degli obblighi comunitari, il collegamento con le scelte di protezione della salute effettuate dall'Unione europea.

Art. 3

Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie
(modificato comma 5 ed inserito comma 5 bis da art. 1 L.R. 26 novembre 2021, n. 17)

1. Le Aziende Usl hanno autonomia imprenditoriale. La loro organizzazione ed il loro funzionamento sono determinati nell'atto aziendale, adottato dal direttore generale ai sensi della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche. Le Aziende Usl assicurano, nell'esercizio unitario delle loro funzioni di prevenzione, incluse quelle relative alla sicurezza alimentare ed alla sanità animale, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. L'atto aziendale disciplina l'articolazione distrettuale delle Aziende Usl e l'organizzazione delle Aziende sanitarie secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.
2. Le Aziende Usl sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente nel proprio ambito territoriale, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze nei bisogni assistenziali e nell'accessibilità ai servizi.
3. Sono organi delle Aziende Usl: il direttore generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione; il Collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori; il Collegio sindacale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.
4. Gli atti aziendali di cui al comma 1 sono adottati dai direttori generali in coerenza con le direttive emanate

dalla Giunta regionale, ai sensi di quanto previsto all' articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall' articolo 4 della legge regionale 25 febbraio 2000, n. 11 (Modifiche della l.r. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517" e della l.r. 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere" ai sensi del d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229). Tali direttive sono emanate previo parere della Commissione consiliare competente. La Giunta regionale trasmette altresì, prima della verifica di conformità di cui al comma 9 dell' articolo 4 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall' articolo 4 della legge regionale n. 11 del 2000, gli atti aziendali alla Commissione consiliare competente. Gli atti aziendali, tra l'altro, stabiliscono:

- a) la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la presenza del personale medico convenzionato;
- b) le forme e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda;
- c) la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente ed alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria;
- d) la composizione e le forme di rappresentanza del Collegio aziendale delle professioni sanitarie.

5. La Regione nomina il direttore generale ed i componenti del Collegio sindacale. Il Collegio sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione, con funzioni di Presidente, ed uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. E' assicurata allo Stato la possibilità di designare un componente all'interno del Collegio sindacale. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, secondo quanto previsto dall'articolo 3, comma 1-quater e 1-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche. L'atto aziendale di cui al comma 1 disciplina la presenza di un direttore delle attività socio-sanitarie , *limitatamente alle Aziende Unità Sanitarie Locali, e di un Direttore assistenziale. In coerenza con l'art. 3, comma 1, del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria) il Direttore generale nomina il Direttore amministrativo, il Direttore sanitario, il Direttore dei servizi socio-sanitari e il Direttore assistenziale attingendo obbligatoriamente agli elenchi regionali di idonei, nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di inconferibilità ed incompatibilità. La Giunta regionale emana specifiche linee guida per definire gli ambiti di competenza e il ruolo che tali figure sono chiamate a svolgere nell'atto aziendale di cui al comma 1.*

5 bis. *L'Assemblea legislativa esercita il controllo sui risultati ottenuti in attuazione del comma 5 e valuta i risultati conseguiti a seguito delle scelte definite negli atti aziendali e l'adozione delle figure previste a livello di direzione strategica aziendale. A tal fine ogni tre anni la Giunta regionale presenta alla competente commissione assembleare una specifica relazione.*

6. Le Aziende e gli Istituti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b) sono organizzati in analogia con le Aziende Usl, fatto salvo quanto previsto dagli articoli 9 e 10. La remunerazione delle loro attività assistenziali è definita nell'ambito di accordi da essi stipulati con l'Azienda o le Aziende Usl interessate, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale. Per le Aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS la remunerazione è effettuata in base alle tariffe stabilite ai sensi del comma 8 dell'articolo 9, tenendo conto dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca.

7. Le Aziende sanitarie si uniformano al principio della partecipazione organizzativa degli operatori ai processi di sviluppo e miglioramento organizzativo per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Art. 3 bis

Incompatibilità dei componenti del Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria (aggiunto articolo da art. 25 L.R. 16 luglio 2018 n. 9)

1. *Non possono essere nominati quali componenti del Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria:*

- a) *coloro che ricoprono l'ufficio di Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo di Azienda sanitaria;*
- b) *gli ascendenti, i discendenti, nonché i parenti e gli affini fino al secondo grado, del Direttore generale, del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo dell'Azienda sanitaria di riferimento, oppure coloro che svolgono funzioni dirigenziali nell'istituto di credito tesoriere dell'Azienda sanitaria;*
- c) *i dipendenti dell'Azienda sanitaria;*
- d) *gli amministratori e i dipendenti e chi, a qualsiasi titolo, svolge un'attività retribuita presso gli operatori economici aventi un rapporto di fornitura con l'Azienda sanitaria;*
- e) *gli amministratori, i dipendenti e chi, a qualsiasi titolo, svolge in modo continuativo un'attività retribuita presso strutture sanitarie private accreditate aventi rapporti contrattuali con l'Azienda sanitaria;*
- f) *coloro che abbiano contenzioso pendente con l'Azienda sanitaria, ovvero coloro che, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati costituiti in mora ai sensi dell'articolo 1219 del codice civile, oppure si trovino nelle condizioni di cui al secondo comma dello stesso articolo.*

2. *L'incarico di componente di Collegio sindacale non può essere contemporaneamente ricoperto in più di una Azienda sanitaria regionale.*

Art. 3 ter

Sistema di audit interno
(aggiunto articolo da art. 26 L.R. 16 luglio 2018 n. 9)

1. *In coerenza con i principi del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286 (Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell' articolo 11 della L. 15 marzo 1997, n. 59) in ciascuna Azienda sanitaria è istituita la funzione di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche. La funzione di audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessità azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi.*

2. *La funzione di audit interno assiste altresì la Direzione aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli aziendali, raccomandando le dovute azioni di miglioramento. La funzione di audit interno è incardinata presso la Direzione aziendale.*

3. *È istituito, senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale, il Nucleo audit regionale con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di audit aziendale. Con apposito provvedimento di Giunta regionale sono definiti la composizione, l'attività e le modalità di funzionamento del Nucleo audit regionale.*

Art. 4
Distretti sanitari

1. I distretti sanitari, individuati dall'atto aziendale secondo le modalità stabilite dall'articolo 5, costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende Usl allo scopo di:

- a) promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonché con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarietà, per la rappresentazione delle necessità assistenziali e l'elaborazione dei relativi programmi di intervento;
- b) assicurare l'accesso ottimale all'assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari di cui all' articolo 3-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonché il coordinamento delle proprie attività fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale;
- c) favorire la partecipazione dei cittadini.

2. Nell'ambito delle risorse assegnate, i distretti sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti attuano, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie aziendali sulla base dei Programmi delle attività territoriali, di cui all' articolo 3-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, che comprendono in particolare:

- a) i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di distretto;
- b) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessità d'integrazione, nonché, se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

3. L'atto aziendale stabilisce le forme e le modalità d'integrazione fra l'attività distrettuale ed i dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale.

Art. 5 ⁽¹⁾
Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali

1. L'Ufficio di presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, di cui all' articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994, come modificato dall' articolo 7 della legge regionale 20 ottobre 2003, n. 21 (Istituzione dell'Azienda unità sanitaria locale di Bologna - Modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19), esprime parere sulla nomina del direttore generale da parte della Regione. La Conferenza esprime altresì parere ai fini della verifica di cui all' articolo 3-bis, comma 6 del decreto legislativo n. 502 del 1992 Sito esterno e successive modifiche. La Conferenza può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del piano attuativo locale, di cui all' articolo 17, comma 1, lettera f) della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche.

2. La Conferenza promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari.

3. La Conferenza promuove, con il supporto delle Aziende sanitarie, strategie ed interventi volti alla promozione della salute ed alla prevenzione, anche attraverso i Piani per la salute previsti dal Piano sanitario regionale.

4. Fermi restando i compiti e le funzioni di cui all' articolo 11 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, d'intesa con i direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il direttore generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformità alla programmazione regionale. La Conferenza assicura altresì l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilità dei servizi ed ai risultati di salute.

5. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie, la Conferenza può istituire un apposito ufficio,

avvalendosi anche delle risorse delle Aziende sanitarie interessate. L'organizzazione ed il funzionamento di tale ufficio è disciplinato dalla Conferenza, di concerto con le Aziende sanitarie interessate per le risorse di loro competenza.

6. In ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più circoscrizioni comunali è istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni, o loro delegati, e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attività territoriali.

7. Fermi restando i poteri di proposta e di verifica delle attività territoriali di cui all' articolo 9, comma 5 della legge regionale n. 19 del 1994 e successive modifiche, il Comitato di distretto esprime parere obbligatorio sul Programma delle attività territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attività territoriali. Qualora tale parere risulti negativo, il direttore generale procede solo previo parere dell'Ufficio di presidenza della Conferenza. Il direttore generale adotta altresì, d'intesa con il Comitato di distretto, il Programma delle attività territoriali, limitatamente alle attività socio-sanitarie.

8. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, attraverso il proprio regolamento, e l'Azienda Usl, attraverso l'atto aziendale, disciplinano rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.

9. Il direttore generale nomina i direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato può avanzare motivata richiesta al direttore generale di revoca della nomina.

Art. 6

Bilancio, patrimonio ed investimenti delle Aziende sanitarie

(già sostituito comma 4 ed aggiunto comma 4 bis da art. 33 L.R. 26 luglio 2007 n. 13, in seguito sostituiti commi 1 e 2 ed inserito comma 2 bis. da art. 27 L.R. 16 luglio 2018 n. 9)

1. *Il fabbisogno finanziario del Ssr e delle Aziende sanitarie necessario ad assicurare i livelli uniformi ed essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza è definito annualmente dalla Giunta regionale. La competente Commissione assembleare esprime parere sulla proposta annuale di finanziamento alle Aziende sanitarie e sul quadro generale degli obiettivi loro assegnati, nel rispetto delle norme e dei vincoli disposti dalla legge in materia.*

2. *Il bilancio preventivo economico, il Piano degli investimenti e il bilancio d'esercizio costituiscono gli strumenti contabili della programmazione economico-finanziaria e di rendicontazione delle Aziende sanitarie e ne documentano l'impegno delle risorse relative ai livelli essenziali di assistenza.*

2 bis. *La relazione sulla gestione del Direttore generale, a corredo del bilancio di esercizio, documenta il perseguimento degli obiettivi economico-finanziari e di salute assegnati alle Aziende sanitarie dalla programmazione sanitaria regionale e locale. I risultati organizzativi raggiunti in ordine agli obiettivi assegnati sono altresì illustrati nella relazione sulla performance ai sensi dell' articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni). La Giunta regionale approva i bilanci d'esercizio delle Aziende sanitarie, previo parere della competente Commissione assembleare, e riferisce annualmente all'Assemblea legislativa sullo stato del Ssr e dei bilanci delle Aziende sanitarie per le opportune valutazioni.*

3. *I beni mobili ed immobili delle Aziende sanitarie destinati al perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile delle stesse, ai sensi dell'articolo 828, comma 2, del codice civile. La sottrazione di tali beni al regime di proprietà pubblica può avvenire esclusivamente previa espressa autorizzazione regionale, sulla base di un analitico programma di riqualificazione dei servizi sanitari.*

4. *La Giunta regionale può, ai sensi dell'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione e secondo quanto stabilito dall'articolo 3, commi da 16 a 21 della legge 24 dicembre 2003, n. 350 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge finanziaria 2004), autorizzare le proprie Aziende sanitarie alla contrazione di mutui ed al ricorso ad altre forme di indebitamento anche oltre i limiti di durata di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera g), punto 2) del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale ed interessi, non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti di tali strutture.*

4 bis. *Sono fatte salve le autorizzazioni già disposte dalla Giunta regionale sulla base della disciplina vigente al 31 dicembre 2006.*

5. *La Regione promuove il rispetto dei tempi di pagamento nei contratti fra imprese ed Aziende sanitarie, anche attraverso il coordinamento delle stesse.*

Art. 7

Sperimentazioni gestionali

(sostituito comma 1 da art. 44 L.R. 20 dicembre 2013 n. 28)

1. *La sperimentazione di nuove modalità gestionali ed organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, attinenti alla gestione del personale o ad innovazioni di prodotto e di processo, é autorizzata dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente. L'autorizzazione può essere*

concessa per un periodo di cinque anni, su proposta dell'Azienda sanitaria interessata che motivi analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità dei servizi, della convenienza economica e della funzionalità rispetto alla programmazione regionale. Sulla base di motivate ragioni legate alla complessità della sperimentazione, la Giunta regionale può prevedere una durata della sperimentazione gestionale oltre il termine di cinque anni. Alle sperimentazioni gestionali si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis, comma 2, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo aggiunto dall'articolo 11 del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Modificazioni al d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), come sostituito dall'articolo 10 del decreto legislativo n. 229 del 1999 e modificato dall'articolo 3 del decreto legge n. 347 del 2001 convertito dalla legge n. 405 del 2001.

2. Le disposizioni di cui al comma 1 si applicano alle partecipazioni societarie delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003, nonché alla partecipazione da parte delle medesime alle forme di gestione di attività e servizi sociosanitari costituite dagli Enti locali, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge regionale n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della legge regionale n. 2 del 2003.

Art. 8

Personale del Servizio sanitario regionale

(sostituiti commi 2, 3 e 4 da art. 19 L.R. 27 dicembre 2022, n. 23)

1. Il rapporto di lavoro del personale del Ssr è di dipendenza, regolato ai sensi del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche). Eventuali previsioni speciali sono stabilite dalla Regione, nell'ambito dei principi della normativa statale. Le Aziende sanitarie esercitano, nei confronti del personale del Ssr, le capacità ed i poteri del privato datore di lavoro.

2. *La dirigenza sanitaria ha rapporto di lavoro esclusivo, disciplinato da disposizioni regionali e dalla contrattazione collettiva, fermo restando il principio fondamentale di reversibilità desumibile dall'articolo 15 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992.*

3.

4. *L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti sanitari di incarichi di direzione di struttura semplice e complessa, nonché di quelli previsti dall'articolo 5 del decreto legislativo 29 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419). La validità dei contratti individuali relativi agli incarichi di cui al periodo precedente operanti alla data di entrata in vigore della presente legge è condizionata all'esclusività del rapporto di lavoro.*

5. La Regione stabilisce le disposizioni sull'esercizio della libera professione intra ed extramuraria della dirigenza sanitaria, curando di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi fra attività istituzionale ed attività libero professionale e di garantire il superamento delle liste di attesa ed il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi nonché della efficienza generale del servizio. La Regione disciplina, in coerenza con quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 marzo 2000 (Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero-professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale), l'utilizzo del proprio studio professionale da parte dei dirigenti sanitari con rapporto di lavoro esclusivo nello svolgimento dell'attività libero-professionale intramuraria in regime ambulatoriale.

6. Il rapporto di lavoro del personale medico convenzionato con il Ssn è disciplinato dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992. La Regione detta le opportune disposizioni affinché le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonché delle professioni sanitarie di cui all'articolo 8, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 6 del decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Disposizioni correttive ed integrative del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari), siano raccordate con le attività e le funzioni delle Aziende Usl, con particolare riferimento al livello distrettuale.

7. La Regione promuove e conclude accordi integrativi al fine di conformare ai principi di cui agli articoli 1 e 2 della presente legge gli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), relativamente al personale medico convenzionato ed alle farmacie pubbliche e private. Tali accordi integrativi sono finalizzati all'integrazione professionale ed organizzativa dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale con i servizi distrettuali e con gli altri servizi aziendali, anche favorendo forme associative tra il personale medico convenzionato.

Art. 9

Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Università

(modificato comma 6 da art. 28 L.R. 16 luglio 2018 n. 9)

1. La Regione determina, ai sensi dell'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, il fabbisogno di personale sanitario del Ssr.

2. Le Università degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma concorrono, per gli aspetti concernenti le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, all'elaborazione della programmazione sanitaria regionale. Le Università partecipano altresì alla programmazione sanitaria regionale mediante parere obbligatorio:

- a) sulla proposta di Piano sanitario regionale approvato dalla Giunta;
- b) sugli atti di programmazione regionale concernenti la definizione degli indirizzi di ricerca del Ssr e degli interventi che interessano le strutture sanitarie destinate all'esercizio di attività formative.

3. Il protocollo d'intesa fra la Regione e le Università individua l'attività assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università, determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, assicurandone la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. Il protocollo disciplina altresì la programmazione della formazione del personale del Ssr e le modalità con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati ed individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università.

4. La collaborazione fra Ssr ed Università si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le Aziende di riferimento, rispettivamente, per le Università di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca delle Facoltà di medicina.

5. Fermo restando quanto stabilito dal comma 4, la programmazione sanitaria regionale individua le ulteriori sedi nelle quali si realizza la collaborazione tra la Regione e le Università, con particolare riguardo alle scuole di specializzazione mediche o ad altre Facoltà. A tal fine, il protocollo d'intesa, di cui al comma 3, è integrato da specifici accordi stipulati tra la Regione e l'Università interessata, aventi ad oggetto la disciplina, in coerenza con la programmazione attuativa locale, delle forme di integrazione delle attività assistenziali con le funzioni di didattica e di ricerca.

6. *La Regione, previa intesa della Conferenza Regione-Università di cui alla legge regionale 24 marzo 2004, n. 6 (Riforma del sistema amministrativo regionale e locale. Unione europea e relazioni internazionali. Innovazione e semplificazione. Rapporti con l'università), disciplina le Aziende ospedaliero-universitarie in analogia alle Aziende Usl e secondo i principi del decreto legislativo n. 517 del 1999.* Il direttore generale delle Aziende ospedaliero-universitarie è nominato dalla Regione, acquisita l'intesa con il rettore dell'Università. Il protocollo d'intesa disciplina la verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali, sulla base dei principi di cui all' articolo 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e di quanto previsto dall'articolo 5 della presente legge.

7. L'atto aziendale disciplina, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti nel protocollo d'intesa di cui al comma 3, la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata ed individua le strutture complesse a direzione universitaria. L'atto aziendale è adottato dal direttore generale d'intesa con il rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ed alle strutture di cui al presente comma.

8. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dalle Aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università, con particolare riferimento a beni mobili ed immobili, sia dal Ssr. La Giunta regionale classifica tali Aziende, limitatamente all'attività direttamente svolta, nella fascia dei presidi a più elevata complessità assistenziale, riconoscendo altresì i maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. Il protocollo d'intesa disciplina le modalità per la compartecipazione della Regione e delle Università, per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle Aziende.

9. La Regione promuove e valorizza le attività di ricerca svolte dalle Aziende ospedaliero-universitarie e nelle altre sedi di collaborazione di cui al comma 5, concorrendo al finanziamento di programmi di ricerca e di formazione di comune interesse, definiti d'intesa tra la Regione e le singole Università nell'ambito degli indirizzi formulati dalla Conferenza Regione-Università.

Art. 10

Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

(sostituito da art. 1 L.R. 3 marzo 2006 n. 2) ,in seguito modificato comma 3, aggiunto comma 3 bis e sostituiti commi 6 e 7 da art. 13 L.R. 19 febbraio 2008 n. 4), ancora sostituito comma 6 da art. 36 L.R. 23 luglio 2010 n. 7, poi aggiunto comma 5 bis da art. 12 L.R. 29 luglio 2021, n. 8)

1. *Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico ('IRCCS' o 'Istituti') aventi sede nel territorio regionale sono parte integrante del Ssr, nel cui ambito svolgono funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.*

2. *Sono organi degli IRCCS: il direttore generale, al quale spetta la responsabilità complessiva della gestione e della attuazione delle deliberazioni del Consiglio di indirizzo e verifica; il Consiglio di indirizzo e verifica, al quale spettano le funzioni di indirizzo e di controllo, con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'ente ed alla gestione e valorizzazione del patrimonio, nonché alle funzioni ed alle attività di cui all'articolo 8, commi 4, 5 e 6 e all'articolo 9 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 (Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3); il Collegio sindacale, al quale spettano le funzioni di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile; il Collegio di direzione, al quale spettano le funzioni di cui all'articolo 3 commi 3 e 4 della presente legge; il*

direttore scientifico, cui compete la gestione delle attività di ricerca in coerenza con il programma di ricerca sanitaria di cui all'articolo 12-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche e con gli atti di programmazione regionale in materia.

3. Gli Istituti svolgono la loro attività assistenziale e, per quanto di competenza, l'attività di ricerca nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale. Agli Istituti si applicano, sulla base dei principi fondamentali contenuti nella legislazione statale, le disposizioni della presente legge. Le direttive regionali di cui all'articolo 3, comma 4, riconoscendo il ruolo peculiare degli Istituti, disciplinano in forma specifica per gli IRCCS le competenze degli organi, ed assicurano che gli atti aziendali degli Istituti adottati dal direttore generale:

a) disciplinino la organizzazione della ricerca;

b) favoriscano il pieno inserimento dei medesimi nel sistema della ricerca nazionale ed internazionale e la funzionalizzazione della loro attività di ricerca e di formazione al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi di assistenza sanitaria.

3 bis. La Giunta regionale disciplina, in analogia a quanto disposto per le Aziende sanitarie, le forme e le modalità di vigilanza e controllo sugli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aventi sede nel territorio regionale.

4. Al direttore generale, nominato dalla Regione secondo le modalità di cui all'articolo 5, comma 1, della presente legge, si applicano gli articoli 3 e 3-bis del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche, ai direttori amministrativo e sanitario si applicano gli articoli 3, comma 1-quinquies, e 3, commi 7 e 11, del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche; al direttore scientifico, nominato dallo Stato sentita la Regione, spetta la responsabilità delle attività di ricerca degli Istituti.

5. Il Consiglio di indirizzo e verifica è composto da cinque membri, dei quali tre nominati dalla Regione di cui uno con funzioni di presidente, uno dal Ministro della salute ed uno dalla competente Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Limitatamente al Consiglio di indirizzo e verifica degli Istituti Ortopedici Rizzoli, sede ulteriore della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bologna per le attività di ricerca e di didattica connesse alla ortopedia, la Regione nomina uno dei tre componenti d'intesa con l'Università degli Studi di Bologna. I componenti del Consiglio di indirizzo e verifica devono essere scelti tra soggetti di provata competenza ed onorabilità e durano in carica cinque anni.

5 bis. Limitatamente agli I.R.C.C.S. riconosciuti nell'ambito di Aziende Ospedaliero-Universitarie, il Consiglio di indirizzo e verifica è composto da cinque membri: due sono nominati dalla Regione, di cui il presidente scelto d'intesa con l'Università, uno dall'Università, uno dal Ministro della salute ed uno dalla competente Conferenza territoriale sociale e sanitaria.

6. La Regione nomina i componenti del Collegio sindacale. Il Collegio sindacale è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione con funzioni di presidente, uno designato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria ed uno dallo Stato.

7. La Commissione di cui al comma 2 dell'articolo 15-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche è composta dal direttore sanitario, dal direttore scientifico e da un dirigente dei ruoli del personale del Servizio sanitario regionale, preposto ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, individuato dal Collegio di direzione. La Commissione è presieduta dal direttore sanitario o dal direttore scientifico a seconda che l'attribuzione dell'incarico di direzione abbia ad oggetto una struttura complessa prevalentemente orientata all'attività assistenziale od all'attività di ricerca, secondo quanto definito nell'atto aziendale.

8. Per tutto quanto non espressamente previsto dal presente articolo, da altre leggi regionali e dall'atto aziendale di cui all'articolo 3 della presente legge, per quanto di competenza, all'organizzazione ed al funzionamento degli Istituti si applicano le disposizioni desumibili dai principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo n. 288 del 2003, nonché le disposizioni statali e regionali in materia di Aziende sanitarie.

9. Al fine di assicurare il coordinamento delle attività di ricerca corrente e finalizzata degli Istituti con quelle degli analoghi Istituti aventi sede in altre regioni, la Regione promuove l'autocoordinamento fra le Regioni e la collaborazione con lo Stato.

Art. 11

Promozione della ricerca e della formazione in sanità

1. Al fine di favorire lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica e la formazione continua del personale del Ssr, la Regione può promuovere, previe opportune intese con l'Università, forme di organizzazione che integrino le competenze scientifiche, tecniche e professionali presenti, anche attraverso l'istituzione di fondazioni per la promozione della ricerca e della formazione in sanità, cui possono partecipare, con propria determinazione, le Aziende sanitarie della provincia interessata.

2. Le risorse destinate a strutture, servizi ed interventi nell'ambito del Ssr da parte delle fondazioni di cui al decreto legislativo 17 maggio 1999 n. 153 (Disciplina civilistica e fiscale degli enti conferenti di cui all' articolo 11, comma 1, del decreto legislativo 20 novembre 1990, n. 356, e disciplina fiscale delle operazioni di ristrutturazione bancaria, a norma dell' articolo 1 della Legge 23 dicembre 1998, n. 461) sono deliberate secondo il principio della leale collaborazione, tenendo conto delle priorità e degli obiettivi determinati dalla programmazione regionale e locale.

Art. 12

Modifiche alla legge regionale 20 dicembre 1994, n. 50

(abrogato comma 2 da art. 2 L.R. 16 luglio 2015 n. 10, infine abrogato intero articolo da art. 10 L.R. 1 agosto 2019 n. 17)

abrogato.

Art. 13

Entrata in vigore

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi e per gli effetti dell'articolo 31 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Note

1 . Per l'abrogazione dei commi 1-5, vedi quanto previsto dall'art. 88, comma 1, lettera d) e dall'art. 88, comma 2, L.R. 30 luglio 2015, n. 13

2 . La Corte Costituzionale, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006 pubblicata nella G.U. del 10 maggio 2006, n. 19 ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale della presente lettera, sollevata dal Presidente del Consiglio dei Ministri con il ricorso n. 30, notificato il 25 febbraio 2005 e depositato in cancelleria il 7 marzo 2005 in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione.

3 . La Corte Costituzionale, con sentenza n. 181 del 5 maggio 2006 pubblicata nella G.U. del 10 maggio 2006, n. 19 ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale del presente comma, sollevata dal Presidente del Consiglio dei Ministri con il ricorso n. 30, notificato il 25 febbraio 2005 e depositato in cancelleria il 7 marzo 2005 in riferimento all'art. 117, terzo comma, della Costituzione.