

Legge regionale 23 dicembre 2015, n. 20.

“Misure per introdurre la cultura della responsabilità nell’organizzazione sanitaria nonché migliorare i servizi ai cittadini. – Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 (Decreto legislativo 30/12/1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del servizio sanitario regionale)”.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

promulga

La seguente legge:

Art. 1

(Istituzione Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario)

1. Presso la Giunta regionale, ai sensi dell’articolo 29, comma 2, del Regolamento regionale 15 dicembre 2011, n. 12 (Ordinamento Amministrativo della Giunta regionale della Campania), è istituito l’Ufficio Speciale Servizio Ispettivo sanitario e socio-sanitario (di seguito denominato Ufficio) quale ufficio speciale.
2. L’Ufficio esercita, in raccordo con le competenti strutture amministrative della Regione Campania, attività ispettiva su atti e fatti di gestione in materia sanitaria e socio-sanitaria attraverso verifiche e sopralluoghi nei confronti delle Aziende del Servizio sanitario regionale ed ospedaliero, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici e privati, delle Aziende universitarie ospedaliere, dell’Istituto Zooprofilattico e degli enti pubblici e privati accreditati che afferiscono al settore sanitario e socio-sanitario e delle farmacie pubbliche e private.
3. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Presidente della Giunta regionale è definita la composizione dell’Ufficio cui è preposto un dirigente supportato da figure professionali di profilo sanitario, giuridico, economico, contabile, dipendenti della Regione o di enti del Servizio sanitario regionale nei limiti delle disponibilità di bilancio e senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Il personale assegnato all’Ufficio e proveniente da enti del Servizio sanitario regionale non può svolgere attività di vigilanza sulle strutture afferenti all’ente di provenienza.
4. L’Ufficio può avvalersi, anche temporaneamente, di specifici professionisti in servizio presso altri uffici regionali o presso altri enti pubblici dipendenti o collegati all’amministrazione regionale, nonché presso le aziende sanitarie che mettono a disposizione il personale di volta in volta richiesto, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza regionale.
5. L’Ufficio esercita l’attività ispettiva attraverso verifiche e sopralluoghi. Per verifiche si intendono le attività di esame e riscontro, di tipo anche documentale, su informazioni, su documenti, atti e registri, comunque esibiti dal responsabile della struttura ispezionata o suo delegato e su dati, elementi e informazioni comunque acquisiti. Per sopralluoghi si intendono tutte le attività condotte mediante ricognizione di luoghi, strutture, impianti, anche con i relativi riscontri di tipo documentale. L’attività ispettiva svolta dall’Ufficio non sostituisce la normale attività di verifica e vigilanza attribuita dalla vigente normativa ad altre strutture regionali.

6. In particolare l'Ufficio provvede, tra l'altro, ad accertamenti in ordine ai seguenti aspetti:
- a) regolare funzionamento delle strutture pubbliche e private, ospedaliere e ambulatoriali, con particolare riguardo alla completa e proficua utilizzazione dei mezzi impiegati e del personale ad essi addetto;
 - b) verifica degli ambienti ospedalieri e della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati ai cittadini;
 - c) regolare svolgimento ed esecuzione degli appalti;
 - d) controllo sulla appropriatezza delle prestazioni e dei servizi resi, sui ricoveri e sulle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;
 - e) controllo analitico delle cartelle cliniche, della documentazione sottostante e delle corrispondenti schede di dimissioni ospedaliere;
 - f) corretta attuazione dell'articolo 8 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);
 - g) verifica della permanenza dei requisiti di cui alla normativa vigente in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali, da esercitare sui soggetti privati che erogano prestazioni per il servizio sanitario regionale;
 - h) corretto ricorso alle strutture private accreditate sia per i ricoveri che per le prestazioni specialistiche ed indagini strumentali e di laboratorio;
 - i) corretto uso del farmaco;
 - l) ogni altro aspetto delle attività delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere che presenti elementi di scostamento dalle vigenti disposizioni in materia, da attivare sulla base del Piano Annuale della attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria previsto dall'articolo 2.

Art. 2

(Azioni ispettive nei settori sanitari e socio - sanitari)

1. La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente in materia di sanità, adotta, entro il 30 marzo di ciascun anno, il Piano Annuale dell'Attività ispettiva sanitaria e socio-sanitaria (di seguito denominato Piano), predisposto dall'Ufficio previsto nell'articolo 1. Il Piano può essere modificato nel corso dell'anno a seguito del verificarsi di situazioni di carattere eccezionale. Il Piano individua le aree prioritarie di intervento che formano oggetto dell'attività ispettiva esercitata dalla competente unità nei confronti dei soggetti controllati.
2. L'Ufficio previsto nell'articolo 1 esercita verifiche e sopralluoghi periodici sulle attività assistenziali e socio-assistenziali in conformità al Piano. Oltre all'attività ordinaria, in casi di particolare gravità ed urgenza, svolge anche un'attività ispettiva straordinaria, sia di propria iniziativa che su segnalazione formale di soggetti istituzionalmente qualificati. In ogni caso, l'attività ispettiva è svolta nel rispetto dei principi di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione ed è coperta da riservatezza fino alla conclusione della stessa.
3. L'Ufficio previsto nell'articolo 1 ha libero accesso alle sedi, ai locali, agli atti e documenti della struttura da ispezionare e può rivolgersi ad altri uffici pubblici regionali per acquisire informazioni e documenti; nel corso delle verifiche può sentire i diretti interessati, gli utenti della struttura e quanti altri possono portare notizie utili alle indagini ed acquisire notizie anche mediante analisi, sotto il profilo amministrativo, dei verbali dei collegi sindacali degli enti oggetto di ispezione.
4. I Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, degli Enti pubblici ed i legali responsabili degli enti e delle strutture private accreditate oggetto di ispezione hanno l'obbligo di fornire agli ispettori, tempestivamente e comunque entro dieci giorni dalla richiesta, tutti gli atti e la documentazione richiesti.
5. L'attività ispettiva si conclude entro trenta giorni, prorogabili motivatamente a giudizio del

dirigente, con la redazione di una relazione in cui sono evidenziati gli esiti dell'attività ispettiva e le conclusioni, rilevando le eventuali irregolarità riscontrate nella gestione, nonché i fatti rilevanti sotto il profilo della legittimità e del merito. La relazione contiene una motivata valutazione dell'oggetto della verifica con l'indicazione delle misure che devono essere adottate per eliminare le irregolarità e le disfunzioni riscontrate, nonché specifiche proposte, se sussistono i presupposti, per l'emanazione di misure sanzionatorie.

6. La relazione di cui al comma 5 è inoltrata tempestivamente e comunque non oltre quindici giorni dal termine delle ispezioni, per i provvedimenti di rispettiva competenza, all'Assessore alla sanità e alla struttura amministrativa interna alla Regione competente per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale. In ogni caso i risultati dell'ispezione sono comunicati al soggetto o alla struttura ispezionata, con inoltro della relazione agli eventuali altri organi o soggetti o amministrazioni coinvolti.

7. I Direttori generali delle Aziende del Servizio sanitario regionale, degli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico pubblici, degli Enti pubblici ed i legali responsabili degli enti e delle strutture private accreditate oggetto di ispezione forniscono le controdeduzioni e relazionano in merito alle azioni intraprese a seguito delle risultanze dell'attività ispettiva all'Ufficio entro trenta giorni dalla ricezione della relazione ispettiva. Il mancato adeguamento agli adempimenti richiesti a seguito delle verifiche effettuate dagli ispettori, in assenza di adeguate e valide controdeduzioni, costituisce elemento di valutazione in sede di verifica dei risultati di gestione e, nei casi più gravi di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, costituisce elemento per la decadenza ai sensi dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992.

8. Il dirigente dell'Ufficio che nell'esercizio delle funzioni viene a conoscenza di atti e fatti penalmente perseguibili o che causano danno erariale, denuncia direttamente alle autorità competenti le circostanze, i fatti e gli atti accertati nonché i soggetti presumibilmente responsabili, trasmettendo eventuali documentazioni acquisite. Copia della denuncia è trasmessa all'Assessore alla sanità e alla struttura amministrativa interna alla Regione competente per la tutela della salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale, al legale rappresentante e al presidente del Collegio sindacale dell'Azienda sanitaria o altra struttura ispezionata.

9. In sede di prima applicazione, il Piano di cui al comma 1 è predisposto dall'Ufficio entro sessanta giorni dalla sua costituzione ed è trasmesso alla Giunta regionale per la relativa approvazione.

10. La struttura ispettiva svolge la propria attività nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali). I dati personali forniti, o comunque acquisiti nell'ambito dell'attività svolta, sono trattati per scopi strettamente collegati con l'esercizio dell'attività istituzionale. Il personale della struttura ispettiva incaricato del trattamento dei dati accede alle sole informazioni la cui conoscenza è indispensabile per adempiere ai propri compiti e doveri d'ufficio e ne cura la conservazione in modo che non siano accessibili al pubblico.

Art. 3

(Modifiche alla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32 "Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale")

1. L'articolo 17 della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art.17 (Organi)

1. Sono organi delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere:

- a) il Direttore generale;
- b) il Collegio sindacale;
- c) il Collegio di direzione.”

2. Al comma 3 bis dell'articolo 18 della legge regionale 32/1994 è aggiunta la seguente lettera:

“b bis) oltre ai requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3 del decreto legislativo 502/1992, gli aspiranti alla nomina debbono essere in possesso, all'atto della partecipazione all'avviso di cui all'articolo 18 bis, comma 4 dell'ulteriore requisito costituito dall'attestazione di

idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati nell'ultimo triennio nelle funzioni svolte.”.

3. L'articolo 18 bis della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art.18 bis (Norme in materia di nomina dei Direttori generali delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale)

1. All'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale delle Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale provvede, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, secondo i criteri delineati nel comma 3 dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 502/1992, una commissione composta da:

- a) un dirigente designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- b) un dirigente appartenente all'Avvocatura regionale;
- c) un esperto individuato nell'ambito di una rosa di cinque nomi proposta dalla Conferenza dei rettori delle Università degli studi della Campania tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management.

2. Al fine di garantire l'applicazione dei principi stabiliti dalla legge 7 agosto 2015, n. 124 (Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche), non può essere nominato componente della commissione di cui al comma 1, chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

3. La commissione dura in carica tre anni ed è nominata con decreto del Presidente della Giunta regionale, che individua il componente con funzioni di Presidente.

4. L'aggiornamento, a seguito di selezione degli interessati all'inserimento nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, è effettuato almeno ogni tre mesi.

5. Entro il sessantesimo giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di Direttore generale delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la Regione, salva la possibilità del rinnovo per una sola volta del Direttore generale uscente in possesso dei requisiti professionali previsti dal presente comma, emette un avviso pubblico, pubblicato anche sul proprio sito internet, per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all' articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, oppure negli analoghi elenchi delle altre regioni.

6. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale nomina il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi, formata dalla commissione di cui al comma 8, a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso di cui al comma 5. Della predetta rosa di candidati entra a far parte di diritto, ai sensi del comma 5, il Direttore generale uscente per il quale sia stata espressa idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi allo stesso assegnati all'atto della nomina come previsto nell'articolo 3-bis, comma 5 del decreto legislativo 502/1992, nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

7. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 1 del decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 149 (Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, province e comuni, a norma degli articolo 2,17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42) e in coerenza e attuazione di quanto previsto dall'articolo 11, comma 1, lettera q) della legge 124/2015, non può essere nominato Direttore generale chi sia stato condannato con sentenza, anche non definitiva, da parte della Corte dei Conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose.

8. Per le valutazioni di cui al comma 6, ai fini del conferimento dell'incarico di Direttore generale di Azienda o Ente del Servizio sanitario regionale, il Presidente della Giunta regionale con proprio decreto nomina, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, una commissione costituita secondo i criteri, modalità e durata di cui ai commi 1 e 3. La commissione compie le

valutazioni con riferimento a tutte le nomine da effettuare nel periodo della sua operatività.

9. La Giunta regionale, con deliberazione, regola le modalità di espletamento delle procedure di cui al presente articolo, fermo restando, per le Aziende ospedaliere individuate nell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, e dall'articolo 4, comma 2 del medesimo decreto, nel rispetto del principio di leale collaborazione.

10. Tutti gli atti delle Commissioni di cui al presente articolo sono pubblici e sono pubblicati, entro dieci giorni dalla adozione, sul sito internet istituzionale della Regione Campania in una sezione dedicata e facilmente accessibile.”.

4. L'articolo 19 della legge regionale 32/1994 è sostituito dal seguente:

“Art. 19 (Collegio sindacale)

1. Il Collegio sindacale:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti in caso di fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda sanitaria locale o dell'Azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del Comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

2. Le comunicazioni ed i referti di cui al comma 1 lettere d) ed e) sono comunicati per conoscenza anche al Consiglio regionale per la trasmissione alla commissione consiliare permanente competente in materia.

3. I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

4. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno designato dal Ministro dell'economia e finanze e uno dal Ministro della salute. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili, istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.

5. I riferimenti contenuti nella presente legge al Collegio dei revisori si intendono applicabili al Collegio sindacale del presente articolo.

6. Le Aziende che, alla data di entrata in vigore della presente legge, non hanno ancora provveduto alla nomina del Collegio Sindacale secondo le modalità del presente articolo provvedono nel termine di trenta giorni.”.

5. Dopo l'articolo 19 della legge regionale 32/1994 è inserito il seguente:

“Art. 19 bis (Collegio di direzione)

1. Ferme le competenze del Direttore generale e degli altri organi delle Aziende, il Collegio di direzione:

- a) concorre al governo delle attività cliniche dell'Azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri su richiesta del Direttore generale, la consultazione è obbligatoria in merito alle questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'Azienda, inclusa la didattica e la ricerca, nonché allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento agli aspetti relativi all'organizzazione dei servizi, al migliore impiego delle risorse umane, alle

attività di formazione continua degli operatori sanitari, alla migliore organizzazione per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria;

c) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti, secondo modalità che saranno stabilite con atto di indirizzo della Giunta.

2. Nello svolgimento dei compiti previsti dal comma 1, il Collegio esprime parere obbligatorio sui seguenti atti:

a) Atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;

b) Piano aziendale annuale della formazione, nel rispetto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché dei bisogni formativi specifici espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;

c) Piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale.

3. Il Collegio di direzione delle Aziende ospedaliero - Universitarie (AOU) oltre ai compiti di cui al comma 1, contribuisce secondo modalità che sono determinate dal Direttore generale, alla programmazione e alla valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, partecipa alla programmazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dai Protocolli d'intesa Regione - Università ed esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di didattica, ricerca e innovazione.

4. In aggiunta ai compiti di cui al comma 1, il Collegio di Direzione degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) del SSR, esprime parere sulla coerenza fra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca e innovazione.

5. Il Collegio di direzione delle Aziende sanitarie locali è composto da:

a) i dirigenti delle aree amministrative e professionali;

b) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;

c) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;

d) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;

e) un direttore di Dipartimento strutturale per ciascuna area: medica, chirurgica, materno-infantile, emergenza d'urgenza, dei servizi di diagnosi e cura;

f) il direttore del Dipartimento di prevenzione;

g) il direttore del Dipartimento di salute mentale;

h) il direttore del Dipartimento delle dipendenze patologiche;

i) il direttore del Dipartimento di riabilitazione;

l) i direttori dei distretti socio - sanitari;

m) i direttori degli ospedali a gestione diretta dell'ASL;

n) il medico di medicina generale responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (UACP);

o) il pediatra di libera scelta responsabile dell'Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie pediatriche (UACPP);

p) lo specialista di medicina ambulatoriale interna che ricopre il ruolo di Coordinatore dei responsabili di branca specialistica ambulatoriale o equivalenti.

6. Il Collegio di direzione delle A.O.U. è composto da:

a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;

b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;

c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;

d) i direttori di presidio ospedaliero, qualora l'AOU non sia costituita da un unico presidio;

- e) i direttori dei Dipartimenti ad attività integrata;
- f) i direttori dei dipartimenti assistenziali di cui all'articolo 3, comma 7 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419).

7. Il Collegio di direzione degli IRCCS del SSR è composto da:

- a) il dirigente responsabile dell'Unità gestione del rischio clinico/risk management o equivalenti;
- b) il responsabile dell'Unità prevenzione e protezione del rischio o equivalenti;
- c) un delegato dei dirigenti delle professioni sanitarie;
- d) i direttori di Presidio ospedaliero, qualora l'IRCCS non sia costituito da un unico Presidio;
- e) i direttori dei Dipartimenti.

8. Il Presidente del Collegio di direzione, in relazione alle materie in trattazione, può estendere la partecipazione alle singole sedute del Collegio ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali di volta in volta interessate, i quali possono essere sentiti senza diritto di voto.

9. Il Collegio di direzione è nominato con deliberazione del Direttore generale, che ne è il Presidente, e dura in carica tre anni.

10. Il Collegio di direzione adotta il proprio Regolamento di funzionamento nel rispetto dei seguenti principi di funzionamento:

- a) previsione di un Vice Presidente vicario eletto dal Collegio tra i membri di diritto;
- b) previsione di un calendario annuale delle riunioni, con riunioni ordinarie almeno mensili, convocate dal Presidente che ne fissa l'ordine del giorno e previsione di riunioni straordinarie, in caso di urgenza, ovvero su richiesta motivata della metà più uno dei componenti;
- c) le funzioni di segreteria del Collegio di direzione sono svolte da unità addette alla segreteria della Direzione generale, sanitaria o amministrativa, ovvero nell'ambito di altra struttura dell'azienda;
- d) le sedute del Collegio sono verbalizzate ed è istituito un archivio delle deliberazioni;
- e) le assenze dei componenti alle riunioni del Collegio sono debitamente giustificate previa comunicazione scritta e con contestuale delega ad un componente di diritto del Collegio;
- f) presenza di un quorum minimo per la validità delle riunioni del Collegio di direzione non inferiore alla metà più uno;
- g) necessità della maggioranza semplice per la validità delle deliberazioni, ad eccezione dell'elezione del Vice - Presidente del Collegio, nonché dell'espressione dei pareri obbligatori, che sono adottati a maggioranza assoluta, e dell'approvazione del regolamento interno di funzionamento del Collegio, che è adottato a maggioranza qualificata dei due terzi dei componenti.

11. In caso di mancata approvazione del Regolamento entro un mese dall'insediamento provvede la Giunta Regionale con proprio atto.

12. I verbali di ciascuna riunione sono resi disponibili ai componenti del Collegio di direzione nonché al Direttore generale e ai Collegi sindacali dell'Azienda di riferimento nonché, nel caso delle A.O. e IRCSS, agli organi di indirizzo, vigilanza e verifica. I pareri del Collegio di direzione sono espressi entro trenta giorni dalla richiesta del Direttore generale. Se tali pareri non vengono espressi nel predetto termine, gli stessi si intendono favorevolmente espressi. Il Direttore generale che intende adottare atti o provvedimenti di propria competenza in difformità al parere espresso dal Collegio è tenuto ad indicarne le ragioni in apposita relazione da trasmettere al Collegio nonché alla Giunta Regionale ed al Consiglio regionale, attraverso la Commissione competente.

13. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, i Direttori generali ovvero i Commissari straordinari provvedono alla nomina e prima convocazione del Collegio di direzione, ponendo all'ordine del giorno la costituzione dell'Organo e l'approvazione del Regolamento di funzionamento; e adottano ogni atto di propria competenza volto all'adeguamento delle previsioni in materia dei relativi atti aziendali, qualora adottati.

14. La qualità di componenti del Collegio di direzione e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, ad essi non spetta alcun compenso nè può essere corrisposta alcuna indennità o rimborso spese.”.

6. L'articolo 22 della legge regionale 32/1994 è così modificato:

al comma 4, dopo le parole “per la nomina del Direttore Sanitario” sono aggiunte le seguenti: ”fatta salva l'applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 7 penultimo periodo del decreto legislativo 502/1992”;

7. All'articolo 41 della legge regionale 32/1994 è aggiunto il seguente comma:

“3 bis. La Giunta Regionale definisce le linee guida per la determinazione omogenea di unità di personale da assegnare ai Servizi ospedalieri e territoriali, per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie previste negli Atti aziendali.”.

8. Alla data di entrata in vigore delle disposizioni contenute nella presente legge e per effetto della modifica dell'articolo 18 bis della legge regionale 32/1994 operata dal comma 3:

a) decade la commissione per la verifica del possesso dei requisiti per l'iscrizione, in sede di formazione ed aggiornamento, in elenco dei candidati idonei alla nomina di direttore generale di Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale;

b) decadono le commissioni, già costituite, per i procedimenti di nomina in corso dei direttori generali di Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale e diventano inefficaci gli atti adottati dalle predette commissioni.

9. La Giunta regionale, entro venti giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, regola, con propria deliberazione, l'aggiornamento dell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale e le modalità e procedure per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario regionale. In attesa dell'approvazione della deliberazione, si applicano le disposizioni contenute nel disciplinare approvato con deliberazione della Giunta regionale del 15 ottobre 2014, n. 472 (Disciplinare per la formazione dell'elenco regionale degli idonei alla nomina e per il conferimento dell'incarico di direttore generale delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale. Modifiche ed integrazioni alla delibera di Giunta regionale n. 141 del 27 maggio 2013) se compatibili con le disposizioni della presente legge.

10. Con riferimento alle Aziende e agli Enti del Servizio sanitario regionale commissariati alla data di entrata in vigore della presente legge, la durata dei commissariamenti si protrae fino al completamento delle procedure di rinnovo delle nomine dei direttori generali e, in ogni caso, non oltre il periodo di sei mesi dalla data di entrata in vigore delle disposizioni contenute nella presente legge.

Art. 4

(Soppressione dell'Agenzia regionale sanitaria)

1. L'Agenzia regionale sanitaria (ARSAN) di cui all'articolo 1, comma 244 della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania - Legge finanziaria regionale 2011) è soppressa e le relative funzioni sono svolte dalle competenti strutture amministrative della Regione Campania. Per l'intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, le predette funzioni sono esercitate nell'osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.

2. Per effetto della soppressione dell'ARSAN, alla data di entrata in vigore della presente legge, cessano gli incarichi di direzione e di dirigenza ed i rapporti di collaborazione di durata temporanea o occasionale o coordinata e continuativa o di lavoro subordinato o autonomo relativi alla soppressa Agenzia. Entro il 31 dicembre 2015, la Giunta Regionale procede alla ricognizione delle risorse umane esclusivamente già in comando presso gli uffici dell'ARSAN e all'analisi delle relative professionalità per verificare la possibilità di assegnare ai competenti uffici delle strutture amministrative regionali alcune delle suddette risorse umane in comando nel rispetto di quanto

previsto dalla normativa vigente in materia.

3. Salvo quanto previsto al comma 2, la Regione Campania succede in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo all' ARSAN.

4. Entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale effettua una ricognizione dei progetti già proposti dalla soppressa ARSAN per l' ammissione a finanziamento sui fondi UE al fine di disciplinarne l' attuazione in via diretta a mezzo delle strutture regionali, ovvero con assegnazione delle funzioni ad altro soggetto attuatore.

5. Sono abrogati i commi 244 e 245 dell' articolo 1, della legge regionale 4/2011 e, conseguentemente, il Regolamento regionale 14 giugno 2014, n. 5 (Regolamento di esecuzione dell' articolo 1, comma 244, della legge regionale 15 marzo 2011, n. 4).

Art. 5

(Delega alla Giunta per il riordino funzionale di So.Re.Sa. - Società regionale per la sanità)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, procede, con proprio regolamento, ad introdurre misure volte al riordino funzionale ed organizzativo di So.Re.Sa. S.p.A. secondo i seguenti principi e criteri direttivi:

- a) razionalizzazione delle risorse umane e strumentali, al fine di contenere la spesa per il personale e valorizzare le professionalità interne;
- b) contenimento dei costi derivanti da riduzione dei contratti di collaborazione e di consulenza;
- c) efficientamento delle procedure amministrative volte all' espletamento dei servizi rientranti nell' oggetto sociale;
- d) implementazione delle funzioni di centrale acquisti di riferimento della Regione e degli altri Enti infraregionali e società partecipate della Regione;
- e) implementazione del livello di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell' azione amministrativa, prevedendo, nello specifico, la pubblicazione, anche sul sito internet istituzionale, di tutti gli atti inerenti le gare e gli appalti esperiti, nonché la predisposizione e la pubblicazione bimestrale di tabelle recanti i prezzi dei prodotti e dei servizi acquisiti comparati con quelli delle altre regioni e di Consip s.p.a.;
- f) obbligo di dotarsi, in conformità all' ordinamento della centrale di committenza nazionale, di adeguate forme di controllo e vigilanza interna secondo le disposizioni di cui al decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (Responsabilità amministrativa delle persone giuridiche e delle società, associazioni e enti privi di responsabilità giuridica) anche attraverso l' istituzione di appositi e qualificati organismi di vigilanza.

2. Dalla data di entrata in vigore del Regolamento previsto al comma 1 è abrogato l' articolo 6 della legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28 (Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale).

3. Resta fermo che, per l' intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, le competenze di cui al comma 1, eventualmente coinvolte nel citato Piano di rientro, sono esercitate nell' osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.

Art. 6

(Trasformazione in Fondazione di CEINGE scarl)

1. Al fine di attuare quanto previsto dall' articolo 2 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 legge 16 gennaio 2003, n. 3), la Giunta regionale avvia le procedure necessarie, nel rispetto della normativa vigente in materia di diritto societario nonché di quanto eventualmente disposto dal Commissario ad acta per la gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, per la trasformazione di CEINGE scarl in Fondazione di

partecipazione senza scopo di lucro con i medesimi scopi statutari.

2. Dalla trasformazione non derivano nuovi o maggiori oneri a carico della finanza regionale.

Art. 7

(Invarianza finanziaria)

1. Dall'attuazione della presente legge non derivano nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale.

Art. 8

(Entrata in vigore)

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

De Luca

Lavori preparatori

Proposta di legge ad iniziativa della Giunta regionale – Presidente De Luca.

Acquisito dal Consiglio Regionale il 10 novembre 2015, con il n. 95 del registro generale ed assegnata alla V Commissione Consiliare Permanente per l'esame e alla I Commissione Consiliare Permanente per il parere.

Approvato dall'Assemblea legislativa regionale nella seduta del 9 dicembre 2015.

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dall'Ufficio Legislativo del Presidente della Giunta regionale, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").

Note all'articolo 1.

Comma 1.

Regolamento Regionale 15 dicembre 2011, n. 12: "Ordinamento amministrativo della Giunta regionale della Campania".

Articolo 29: "Uffici speciali."

"2. Sono uffici speciali:

- a) l'avvocatura regionale;
- b) l'ufficio per il federalismo;
- c) il nucleo per la valutazione e la verifica degli investimenti pubblici;
- d) l'ufficio del Datore di lavoro;
- e) ufficio speciale per i parchi, le riserve e i siti UNESCO."

Comma 6, lettera f).

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".

Articolo 8: "Disciplina dei rapporti per l'erogazione delle prestazioni assistenziali."

"1. Il rapporto tra il Servizio sanitario nazionale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta è disciplinato da apposite convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati, ai sensi dell'articolo 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. La rappresentatività delle organizzazioni sindacali è basata sulla consistenza associativa. Detti accordi devono tenere conto dei seguenti principi:

- a) prevedere che le attività e le funzioni disciplinate dall'accordo collettivo nazionale siano individuate tra quelle previste nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 2, nei limiti delle disponibilità finanziarie complessive del Servizio sanitario nazionale, fatto salvo quanto previsto dalle singole regioni con riguardo ai livelli di assistenza ed alla relativa copertura economica a carico del bilancio regionale;
- a) prevedere che la scelta del medico è liberamente effettuata dall'assistito, nel rispetto di un limite massimo di assistiti per medico, ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata;
- b) regolamentare la possibilità di revoca della scelta da parte dell'assistito nel corso dell'anno

nonché la ricusazione della scelta da parte del medico, qualora ricorrano eccezionali e accertati motivi di incompatibilità;

b-bis) nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori;

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare, anche per il tramite del distretto sanitario, forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinques) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni provvedono alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;

c) disciplinare gli ambiti e le modalità di esercizio della libera professione prevedendo che: il tempo complessivamente dedicato alle attività in libera professione non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento degli obblighi del medico, nello studio medico e al domicilio del paziente; le prestazioni offerte in attività libero-professionale siano definite nell'ambito della convenzione, anche al fine di escludere la coincidenza tra queste e le prestazioni incentivanti di cui alla lettera d); il medico sia tenuto a comunicare all'azienda unità sanitaria locale l'avvio dell'attività in libera professione, indicandone sede ed orario di svolgimento, al fine di consentire gli opportuni controlli; sia prevista una preferenza nell'accesso a tutte le attività incentivate previste dagli accordi integrativi in favore dei medici che non esercitano attività libero-professionale strutturata nei confronti dei propri assistiti. Fino alla stipula della nuova convenzione sono fatti salvi i rapporti professionali in atto con le aziende termali. In ogni caso, il non dovuto pagamento, anche parziale, di prestazioni da parte dell'assistito o l'esercizio di attività libero-professionale al di fuori delle modalità e dei limiti previsti dalla convenzione comportano l'immediata cessazione del rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale;

d) ridefinire la struttura del compenso spettante al medico, prevedendo una quota fissa per ciascun soggetto iscritto alla sua lista, corrisposta su base annuale in rapporto alle funzioni definite in convenzione; una quota variabile in considerazione del raggiungimento degli obiettivi previsti dai programmi di attività e del rispetto dei conseguenti livelli di spesa programmati di cui alla lettera f); una quota variabile in considerazione dei compensi per le prestazioni e le attività previste negli accordi nazionali e regionali, in quanto funzionali allo sviluppo dei programmi di cui alla lettera f);

e) Abrogata

f) Abrogata

f-bis) prevedere la possibilità per le aziende sanitarie di stipulare accordi per l'erogazione di specifiche attività assistenziali, con particolare riguardo ai pazienti affetti da patologia cronica, secondo modalità e in funzione di obiettivi definiti in ambito regionale;

g) disciplinare le modalità di partecipazione dei medici alla definizione degli obiettivi e dei programmi di attività del distretto e alla verifica del loro raggiungimento;

h) prevedere che l'accesso al ruolo unico per le funzioni di medico di medicina generale del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali, in modo che l'accesso medesimo sia consentito ai medici forniti dell'attestato o del diploma di cui all'articolo 21 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e a quelli in possesso di titolo equipollente, ai sensi dell'articolo 30 del medesimo decreto. Ai medici forniti dell'attestato o del diploma è comunque riservata una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti, con l'attribuzione di un adeguato punteggio, che tenga conto anche dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma;

h-bis) prevedere che l'accesso alle funzioni di pediatra di libera scelta del Servizio sanitario nazionale avvenga attraverso una graduatoria per titoli predisposta annualmente a livello regionale e secondo un rapporto ottimale definito nell'ambito degli accordi regionali;

h-ter) disciplinare l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale del Servizio sanitario nazionale secondo graduatorie provinciali alle quali sia consentito l'accesso esclusivamente al professionista fornito del titolo di specializzazione inerente alla branca d'interesse;

i) regolare la partecipazione dei medici convenzionati a società, anche cooperative, anche al fine di prevenire l'emergere di conflitti di interesse con le funzioni attribuite agli stessi medici dai rapporti convenzionali in atto;

l) prevedere la possibilità di stabilire specifici accordi con i medici già titolari di convenzione operanti in forma associata, secondo modalità e in funzione di specifici obiettivi definiti in ambito convenzionale;

m) prevedere le modalità con cui la convenzione possa essere sospesa, qualora nell'ambito della integrazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nella organizzazione distrettuale, le unità sanitarie locali attribuiscono a tali medici l'incarico di direttore di distretto o altri incarichi temporanei ritenuti inconciliabili con il mantenimento della convenzione;

m-bis) promuovere la collaborazione interprofessionale dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con i farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, in riferimento alle disposizioni di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione;

m-ter) prevedere l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione, al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere, in deroga a quanto previsto dal comma 1, utilizzano, a esaurimento, nell'ambito del numero delle ore di incarico svolte alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, i medici addetti alla stessa data alle attività di guardia medica e di medicina dei servizi. Per costoro valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Entro un anno dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, le regioni possono individuare aree di attività della emergenza territoriale e della medicina dei servizi, che, al fine del miglioramento dei servizi, richiedono l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini, i medici in servizio alla data di

entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, addetti a tali attività, i quali al 31 dicembre 1998 risultavano titolari di un incarico a tempo indeterminato da almeno cinque anni, o comunque al compimento del quinto anno di incarico a tempo indeterminato, sono inquadrati a domanda nel ruolo sanitario, nei limiti dei posti delle dotazioni organiche definite e approvate nel rispetto dei principi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni e previo giudizio di idoneità secondo le procedure di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 dicembre 1997, n. 502. Nelle more del passaggio alla dipendenza, le regioni possono prevedere adeguate forme di integrazione dei medici convenzionati addetti alla emergenza sanitaria territoriale con l'attività dei servizi del sistema di emergenza-urgenza secondo criteri di flessibilità operativa, incluse forme di mobilità interaziendale.

2. Il rapporto con le farmacie pubbliche e private è disciplinato da convenzioni di durata triennale conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati a norma dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative in campo nazionale. Detti accordi devono tener conto dei seguenti principi:

a) le farmacie pubbliche e private erogano l'assistenza farmaceutica per conto delle unità sanitarie locali del territorio regionale dispensando, su presentazione della ricetta del medico, specialità medicinali, preparati galenici, prodotti dietetici, presidi medico-chirurgici e altri prodotti sanitari erogabili dal Servizio sanitario nazionale e svolgendo, nel rispetto di quanto previsto dai Piani socio-sanitari regionali e previa adesione del titolare della farmacia, da esprimere secondo le modalità stabilite dalle singole Regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, le ulteriori funzioni di cui alla lettera b-bis), fermo restando che l'adesione delle farmacie pubbliche è subordinata all'osservanza dei criteri fissati con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro dell'interno, in base ai quali garantire il rispetto delle norme vigenti in materia di patto di stabilità dirette agli enti locali, senza maggiori oneri per la finanza pubblica e senza incrementi di personale nei limiti previsti dai livelli di assistenza;

b) per la dispensazione dei prodotti di cui alla lettera a) l'unità sanitaria locale corrisponde alla farmacia il prezzo del prodotto erogato, al netto della eventuale quota di partecipazione alla spesa dovuta dall'assistito. Ai fini della liquidazione la farmacia è tenuta alla presentazione della ricetta corredata del bollino o di altra documentazione comprovante l'avvenuta consegna all'assistito. Per il pagamento del dovuto oltre il termine fissato dagli accordi regionali di cui alla successiva lettera c) non possono essere riconosciuti interessi superiore a quelli legali;

b-bis) provvedere a disciplinare:

1) la partecipazione delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale, di seguito denominate farmacie, al servizio di assistenza domiciliare integrata a favore dei pazienti residenti o domiciliati nel territorio della sede di pertinenza di ciascuna farmacia, a supporto delle attività del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta. L'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente all'erogazione del servizio per i pazienti che risiedono o hanno il proprio domicilio nel territorio in cui sussiste condizione di promiscuità tra più sedi farmaceutiche, sulla base del criterio della farmacia più vicina, per la via pedonale, all'abitazione del paziente; nel caso in cui una farmacia decida di non partecipare all'erogazione del servizio di assistenza domiciliare integrata, per i pazienti residenti o domiciliati nella relativa sede, l'azienda unità sanitaria locale individua la farmacia competente sulla base del criterio di cui al precedente periodo. La partecipazione al servizio può prevedere:

1.1) la dispensazione e la consegna domiciliare di farmaci e dispositivi medici necessari;

1.2) la preparazione, nonché la dispensazione al domicilio delle miscele per la nutrizione artificiale e dei medicinali antidolorifici, nel rispetto delle relative norme di buona preparazione e di buona pratica di distribuzione dei medicinali e nel rispetto delle prescrizioni e delle limitazioni stabilite dalla vigente normativa;

- 1.3) la dispensazione per conto delle strutture sanitarie dei farmaci a distribuzione diretta;
- 1.4) la messa a disposizione di operatori socio-sanitari, di infermieri e di fisioterapisti, per la effettuazione, a domicilio, di specifiche prestazioni professionali richieste dal medico di famiglia o dal pediatra di libera scelta, fermo restando che le prestazioni infermieristiche o fisioterapiche che possono essere svolte presso la farmacia, sono limitate a quelle di cui al numero 4) e alle ulteriori prestazioni, necessarie allo svolgimento dei nuovi compiti delle farmacie, individuate con decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;
- 2) la collaborazione delle farmacie alle iniziative finalizzate a garantire il corretto utilizzo dei medicinali prescritti e il relativo monitoraggio; a favorire l'aderenza dei malati alle terapie mediche, anche attraverso la partecipazione a specifici programmi di farmacovigilanza. Tale collaborazione avviene previa partecipazione dei farmacisti che vi operano ad appositi programmi di formazione;
- 3) la definizione di servizi di primo livello, attraverso i quali le farmacie partecipano alla realizzazione dei programmi di educazione sanitaria e di campagne di prevenzione delle principali patologie a forte impatto sociale, rivolti alla popolazione generale ed ai gruppi a rischio e realizzati a livello nazionale e regionale, ricorrendo a modalità di informazione adeguate al tipo di struttura e, ove necessario, previa formazione dei farmacisti che vi operano;
- 4) la definizione di servizi di secondo livello rivolti ai singoli assistiti, in coerenza con le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per le specifiche patologie, su prescrizione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, anche avvalendosi di personale infermieristico. Gli accordi regionali definiscono le condizioni e le modalità di partecipazione delle farmacie ai predetti servizi di secondo livello; la partecipazione alle campagne di prevenzione può prevedere l'inserimento delle farmacie tra i punti forniti di defibrillatori semiautomatici;
- 5) l'effettuazione, presso le farmacie, nell'ambito dei servizi di secondo livello di cui al numero 4, di prestazioni analitiche di prima istanza rientranti nell'ambito dell'autocontrollo, nei limiti e alle condizioni stabiliti con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, restando in ogni caso esclusa l'attività di prescrizione e diagnosi, nonché il prelievo di sangue o di plasma mediante siringhe o dispositivi equivalenti;
- 6) le modalità con cui nelle farmacie gli assistiti possano prenotare prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, e provvedere al pagamento delle relative quote di partecipazione alla spesa a carico del cittadino, nonché ritirare i referti relativi a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale effettuate presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate; le modalità per il ritiro dei referti sono fissate, nel rispetto delle previsioni contenute nel decreto legislativo 23 giugno 2003, n. 196, recante il codice in materia di protezione dei dati personali e in base a modalità, regole tecniche e misure di sicurezza, con decreto, di natura non regolamentare, del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentito il Garante per la protezione dei dati personali;
- 7) i requisiti richiesti alle farmacie per la partecipazione alle attività di cui alla presente lettera;
- 8) la promozione della collaborazione interprofessionale dei farmacisti delle farmacie pubbliche e private operanti in convenzione con il Servizio sanitario nazionale con i medici

di medicina generale e i pediatri di libera scelta, in riferimento alle attività di cui alla presente lettera;

c) demandare ad accordi di livello regionale la disciplina delle modalità di presentazione delle ricette e i tempi dei pagamenti dei corrispettivi nonché l'individuazione di modalità differenziate di erogazione delle prestazioni finalizzate al miglioramento dell'assistenza definendo le relative condizioni economiche anche in deroga a quanto previsto alla precedente lettera b);

c-bis) l'accordo collettivo nazionale definisce i principi e i criteri per la remunerazione, da parte del Servizio sanitario nazionale, delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui all'articolo 11 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e al relativo decreto legislativo di attuazione, fissando il relativo tetto di spesa, a livello nazionale, entro il limite dell'accertata diminuzione degli oneri derivante, per il medesimo Servizio sanitario nazionale, per le regioni e per gli enti locali, dallo svolgimento delle suddette attività da parte delle farmacie, e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica; all'accertamento della predetta diminuzione degli oneri provvedono congiuntamente, sulla base di certificazioni prodotte dalle singole regioni, il Comitato e il Tavolo di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa stipulata il 23 marzo 2005 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

c-ter) fermi restando i limiti di spesa fissati dall'accordo nazionale ed entro un limite di spesa relativo alla singola regione di importo non superiore a quello accertato dai citati Comitato e Tavolo ai sensi della lettera c-bis), gli accordi di livello regionale disciplinano le modalità e i tempi dei pagamenti per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali di cui alla lettera c-bis); gli accordi regionali definiscono, altresì, le caratteristiche strutturali e organizzative e le dotazioni tecnologiche minime in base alle quali individuare le farmacie con le quali stipulare accordi contrattuali finalizzati alla fornitura dei servizi di secondo livello, entro il medesimo limite di spesa; eventuali prestazioni e funzioni assistenziali al di fuori dei limiti di spesa indicati dagli accordi regionali sono a carico del cittadino che le ha richieste.

2-bis. Con atto di indirizzo e coordinamento, emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, sono individuati i criteri per la valutazione:

a) del servizio prestato in regime convenzionale dagli specialisti ambulatoriali medici e delle altre professionalità sanitarie, al fine dell'attribuzione del trattamento giuridico ed economico ai soggetti inquadrati in ruolo ai sensi dell'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449;

b) per lo stesso fine, del servizio prestato in regime convenzionale dai medici della guardia medica, della emergenza territoriale e della medicina dei servizi nel caso le regioni abbiano proceduto o procedano ad instaurare il rapporto di impiego ai sensi del comma 1-bis del presente articolo sia nel testo modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, sia nel testo introdotto dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229; a tali medici è data facoltà di optare per il mantenimento della posizione assicurativa già costituita presso l'Ente nazionale previdenza ed assistenza medici (ENPAM); tale opzione deve essere esercitata al momento dell'inquadramento in ruolo. Il servizio di cui al presente comma è valutato con riferimento all'orario settimanale svolto rapportato a quello dei medici e delle altre professionalità sanitarie dipendenti dalla azienda sanitaria.

2-ter. Con decreto del Ministro della sanità è istituita, senza oneri a carico dello Stato, una commissione composta da rappresentanti dei Ministeri della sanità, del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del lavoro e della previdenza sociale e da rappresentanti regionali designati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di individuare modalità idonee ad assicurare che l'estensione al personale a rapporto convenzionale, di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dei limiti di età previsti dal comma 1 dell'articolo 15-nonies dello stesso decreto avvenga senza oneri per il personale

medesimo. L'efficacia della disposizione di cui all'articolo 15-nonies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come introdotto dall'articolo 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, è sospesa fino alla attuazione dei provvedimenti collegati alle determinazioni della Commissione di cui al presente comma.

3. Gli Ordini ed i Collegi professionali sono tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli Albi ed ai Collegi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali. I ricorsi avverso le sanzioni comminate dagli Ordini o dai Collegi sono decisi dalla Commissione centrale per gli esercenti le professioni sanitarie.

4. Ferma restando la competenza delle regioni in materia di autorizzazione e vigilanza sulle istituzioni sanitarie private, a norma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con atto di indirizzo e coordinamento, emanato d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sentito il Consiglio superiore di sanità, sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi. L'atto di indirizzo e coordinamento è emanato entro il 31 dicembre 1993 nel rispetto dei seguenti criteri e principi direttivi:

- a) garantire il perseguimento degli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione definiti dal Piano sanitario nazionale;
- b) garantire il perseguimento degli obiettivi che ciascuna delle fondamentali funzioni assistenziali del Servizio sanitario nazionale deve conseguire, giusta quanto disposto dal decreto del Presidente della Repubblica 24 dicembre 1992, concernente la «Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria» ovvero dal Piano sanitario nazionale, ai sensi del precedente art. 1, comma 4, lettera b);
- c) assicurare l'adeguamento delle strutture e delle attrezzature al progresso scientifico e tecnologico;
- d) assicurare l'applicazione delle disposizioni comunitarie in materia;
- e) garantire l'osservanza delle norme nazionali in materia di: protezione antisismica, protezione antincendio, protezione acustica, sicurezza elettrica, continuità elettrica, sicurezza antinfortunistica, igiene dei luoghi di lavoro, protezione dalle radiazioni ionizzanti, eliminazione delle barriere architettoniche, smaltimento dei rifiuti, condizioni microclimatiche, impianti di distribuzione dei gas, materiali esplosivi, anche al fine di assicurare condizioni di sicurezza agli operatori e agli utenti del servizio;
- f) prevedere l'articolazione delle strutture sanitarie in classi differenziate in relazione alla tipologia delle prestazioni erogabili;
- g) prevedere l'obbligo di controllo della qualità delle prestazioni erogate;
- h) definire i termini per l'adeguamento delle strutture e dei presidi già autorizzati e per l'aggiornamento dei requisiti minimi, al fine di garantire un adeguato livello di qualità delle prestazioni compatibilmente con le risorse a disposizione.

5. Abrogato.

6. Abrogato.

7. Abrogato.

8. Le unità sanitarie locali, in deroga a quanto previsto dai precedenti commi 5 e 7, utilizzano il personale sanitario in servizio alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dei decreti del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, 13 marzo 1992, n. 261, 13 marzo 1992, n. 262, e 18 giugno 1988, n. 255. Esclusivamente per il suddetto personale valgono le convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'art. 4, comma 9, della legge 30 dicembre 1991, n. 412. Entro il triennio indicato al comma 7 le regioni possono inoltre individuare aree di attività specialistica che, ai fini del miglioramento del servizio richiedano l'instaurarsi di un rapporto d'impiego. A questi fini i medici specialistici ambulatoriali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 settembre 1990, n. 316, che alla

data del 31 dicembre 1992 svolgevano esclusivamente attività ambulatoriale da almeno cinque anni con incarico orario non inferiore a ventinove ore settimanali e che alla medesima data non avevano altro tipo di rapporto convenzionale con il Servizio sanitario nazionale o con altre istituzioni pubbliche o private, sono inquadrati, a domanda, previo giudizio di idoneità, nel primo livello dirigenziale del ruolo medico in soprannumero. Con regolamento da adottarsi entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del D.Lgs. 7 dicembre 1993, n. 517, ai sensi dell'art. 17, L. 23 agosto 1988, n. 400, dal Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità di concerto con i Ministri del tesoro e della funzione pubblica sono determinati i tempi, le procedure e le modalità per lo svolgimento dei giudizi di idoneità. In sede di revisione dei rapporti convenzionali in atto, l'accordo collettivo nazionale disciplina l'adeguamento dei rapporti medesimi alle esigenze di flessibilità operativa, incluse la riorganizzazione degli orari e le forme di mobilità interaziendale, nonché i criteri di integrazione dello specialista ambulatoriale nella assistenza distrettuale. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 34 della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

8-bis. I medici che frequentano il secondo anno del corso biennale di formazione specifica in medicina generale possono presentare, nei termini stabiliti, domanda per l'inclusione nella graduatoria regionale dei medici aspiranti alla assegnazione degli incarichi di medicina generale, autocertificando la frequenza al corso, qualora il corso non sia concluso e il relativo attestato non sia stato rilasciato entro il 31 dicembre dell'anno stesso, a causa del ritardo degli adempimenti regionali. L'attestato di superamento del corso biennale è prodotto dall'interessato, durante il periodo di validità della graduatoria regionale, unitamente alla domanda di assegnazione delle zone carenti. Il mancato conseguimento dell'attestato comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale.

9. Abrogato

Note all'articolo 2.

Comma 7.

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 già citato alla nota al comma 6, lett. f) dell'articolo 1.

Articolo 3-bis: “Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario”.

1. I provvedimenti di nomina dei direttori generali delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui al comma 3.
2. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine, si applica l'articolo 2, comma 2-octies.
3. La regione provvede alla nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale, attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione. La regione assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine e ai curricula. Resta ferma l'intesa con il rettore per la nomina del direttore generale di aziende ospedaliero-universitarie.
4. I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di

frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria. I predetti corsi sono organizzati e attivati dalle regioni, anche in ambito interregionale e in collaborazione con le università o altri soggetti pubblici o privati accreditati ai sensi dell'articolo 16-ter, operanti nel campo della formazione manageriale, con periodicità almeno biennale. I contenuti, la metodologia delle attività didattiche, la durata dei corsi, non inferiore a centoventi ore programmate in un periodo non superiore a sei mesi, nonché le modalità di conseguimento della certificazione, sono stabiliti, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, con decreto del Ministro della sanità, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. I direttori generali in carica alla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, producono il certificato di cui al presente comma entro diciotto mesi da tale data.

5. Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali, le regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale, esse definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la regione verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 5 e, sentito il parere del sindaco o della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 7.

7. Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità della amministrazione, la regione risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione; in tali casi la regione provvede previo parere della Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Il sindaco o la Conferenza dei sindaci di cui all'articolo 3, comma 14, ovvero, per le aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, possono chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto. Quando i procedimenti di valutazione e di revoca di cui al comma 6 e al presente comma riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza di cui all'articolo 2, comma 2-bis è integrata con il Sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.

7-bis. L'accertamento da parte della regione del mancato conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso.

8. Il rapporto di lavoro del direttore generale, del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile. La regione disciplina le cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e il direttore sanitario. Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito, in sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla

- contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa.
9. La regione può stabilire che il conferimento dell'incarico di direttore amministrativo sia subordinato, in analogia a quanto previsto per il direttore sanitario dall'articolo 1 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, alla frequenza del corso di formazione programmato per il conferimento dell'incarico di direttore generale o del corso di formazione manageriale di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, o di altro corso di formazione manageriale appositamente programmato.
10. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.
11. La nomina a direttore generale, amministrativo e sanitario determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa senza assegni e il diritto al mantenimento del posto. L'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta. Il periodo di aspettativa è utile ai fini del trattamento di quiescenza e di previdenza. Le amministrazioni di appartenenza provvedono ad effettuare il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali comprensivi delle quote a carico del dipendente, calcolati sul trattamento economico corrisposto per l'incarico conferito nei limiti dei massimali di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, e a richiedere il rimborso di tutto l'onere da esse complessivamente sostenuto all'unità sanitaria locale o all'azienda ospedaliera interessata, la quale procede al recupero della quota a carico dell'interessato.
12. Per i direttori generali e per coloro che, fuori dei casi di cui al comma 11, siano iscritti all'assicurazione generale obbligatoria e alle forme sostitutive ed esclusive della medesima, la contribuzione dovuta sul trattamento economico corrisposto nei limiti dei massimali previsti dall'articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 24 aprile 1997, n. 181, è versata dall'unità sanitaria locale o dall'azienda ospedaliera di appartenenza, con recupero della quota a carico dell'interessato.
13. In sede di revisione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 luglio 1995, n. 502, si applica il comma 5 del presente articolo.
14. Il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale è regolato dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni. Per la programmazione delle assunzioni si applica l'articolo 39 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni.
15. In sede di prima applicazione, le regioni possono disporre la proroga dei contratti con i direttori generali in carica all'atto dell'entrata in vigore del presente decreto per un periodo massimo di dodici mesi.

Note all'articolo 3.

Commi 1, 2, 3,4, 5, 6, 7 e 8).

Legge Regionale 3 novembre 1994, n. 32: “Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, riordino del Servizio sanitario regionale.”.

Articolo 17: “Organi”.

“1. Sono organi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere:
a. il direttore generale;
b. il collegio dei revisori.”.

Articolo 18: “Direttore generale”.

Comma 3 bis: “3-bis. I direttori generali, oltre i requisiti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, devono:

- a) non aver svolto lo stesso incarico per due quinquenni consecutivi nella medesima azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera;
- b) non aver occupato tale incarico in azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera incorsa nelle sanzioni previste all'articolo 3 della legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24”.

Articolo 18 bis: “Norme in materia di nomina dei Direttori Generali delle Aziende e Istituti del servizio sanitario regionale”.

“1. Entro il sessantesimo giorno antecedente la data di scadenza dell'incarico di direttore generale, delle aziende ospedaliere e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la Regione, salva la possibilità del rinnovo per una sola volta del direttore generale uscente in possesso dei requisiti professionali previsti dal presente comma, emette un avviso pubblico, pubblicato anche sul proprio sito internet, per acquisire le candidature dei soggetti in possesso dei requisiti professionali di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 502/1992, iscritti nell'elenco regionale degli idonei alla nomina di direttore generale, previa selezione della commissione di cui al comma 4.

2. L'elenco è aggiornato almeno mensilmente.

3. Il Presidente della Giunta regionale, su conforme deliberazione della Giunta regionale, nomina il direttore generale all'interno di una rosa di cinque candidati che hanno ottenuto i migliori punteggi, formata dalla commissione di cui al comma 4, a seguito della valutazione dei titoli e dei requisiti posseduti dagli idonei che hanno partecipato all'avviso di cui al comma 1. Della predetta rosa di candidati entra a far parte di diritto, ai sensi del comma 1, il direttore generale uscente per il quale sia stata espressa idonea valutazione positiva in ordine al raggiungimento degli obiettivi allo stesso assegnati all'atto della nomina come previsto all'articolo 3-bis, comma 5, del decreto legislativo 502/1992, nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

4. Per il conferimento dell'incarico di ciascun direttore generale di azienda o istituto del servizio sanitario regionale, il Presidente della Giunta regionale con proprio decreto nomina, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, la commissione incaricata di effettuare le valutazioni di cui al comma 3, composta da:

- a) un dirigente designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- b) un dirigente appartenente all'avvocatura regionale;
- c) il capo del dipartimento della Salute e delle Risorse naturali;
- d) due esperti designati dalla Conferenza dei rettori delle università degli studi della Campania, tra docenti ordinari di diritto, economia aziendale, economia e management, garantendo la presenza delle discipline giuridiche ed economiche.

5. I componenti previsti al comma 4, lettera d) sono nominati nell'ambito di due distinte rose di esperti, composte ciascuna da cinque candidati e non possono far parte più di due volte della stessa commissione.

6. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, si impegna ad approvare un disciplinare recante le modalità di espletamento della procedura di cui al presente articolo, fermo restando, per le aziende ospedaliere indicate nell'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, e dall'articolo 4, comma 2 del medesimo decreto, nel rispetto del principio di leale collaborazione. Il predetto disciplinare, nel dettare i criteri di selezione dei direttori generali di cui al presente articolo, privilegia le esperienze professionali maturate dai candidati nella specifica azienda o ente del Servizio sanitario regionale per la quale è attivata la procedura.”.

Articolo 19: “Collegio dei revisori”.

“1. Il collegio dei revisori dura in carica cinque anni ed è composto da tre membri, di cui uno designato dal Consiglio regionale, uno dal sindaco o dalla conferenza dei sindaci, scelti entrambi tra i revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'art. 1 del D.Lgs. 27 gennaio 1992, n. 88, ed un terzo designato dal Ministero del tesoro, scelto tra i funzionari della Ragioneria dello Stato.

2. Nella azienda, il cui bilancio di previsione comporta un volume di spesa di parte corrente superiore ai duecento miliardi, il collegio è integrato di due membri, dei quali uno designato dal Consiglio regionale e uno designato dal Ministero del tesoro, scelti con gli stessi criteri di cui al

comma precedente.

3. Il direttore generale dell'azienda costituisce il collegio nominando i revisori con specifico provvedimento e lo convoca per l'insediamento e per l'elezione del presidente. La prima seduta per tale nomina è presieduta dal membro più anziano.

4. Le funzioni, le indennità nonché, la decadenza e la ricostituzione del collegio dei revisori restano disciplinate dall'art. 3, comma 13, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

5. Il collegio invia alla Giunta regionale e al sindaco o alla rappresentanza dei comuni di cui all'art. 20 della presente legge relazioni trimestrali sull'andamento dell'azienda e segnala ai medesimi organismi irregolarità e diseconomie riscontrate.

Articolo 22: “Direttore amministrativo e direttore sanitario”.

“1. I servizi amministrativi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono diretti dal direttore amministrativo. I servizi sanitari, ai fini organizzativi ed igienico sanitari, sono diretti dal direttore sanitario.

2. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere.

3. Per la nomina a direttore amministrativo sono richiesti i seguenti requisiti:

- a. essere in possesso dell'età prevista dalle norme vigenti;
- b. laurea in discipline giuridiche o economiche;
- c. qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa per almeno 5 anni in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione.

4. Per la nomina a direttore sanitario sono richiesti i seguenti requisiti:

- a. età non superiore ai limiti di legge;
- b. laurea in medicina e chirurgia;
- c. idoneità nazionale di cui all'articolo 17, commi 1 e seguenti, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dal comma 11 del medesimo art. 17;
- d. qualificata attività di direzione tecnico - sanitaria per almeno 5 anni in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di grande o media dimensione.

5. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario è a tempo pieno e di diritto privato; si instaura con contratto rinnovabile al quale si applica la disciplina prevista dal precedente articolo 18, comma 4, per il direttore generale.

6. Il contratto di cui al precedente comma è stipulato dal direttore generale con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario sulla base di uno schema approvato dalla Giunta regionale e conforme ai contenuti fissati dal D.P.C.M. di cui all'art. 3, comma 6, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni.

7. Il direttore amministrativo e il direttore sanitario cessano dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo direttore generale e possono essere riconfermati.

8. Il direttore generale, con provvedimento motivato, dichiara la decadenza del direttore amministrativo o del direttore sanitario nei casi di sopravvenienza di una delle cause di incompatibilità previste dall'art. 3, commi 9 e 11, del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni, nonché, in caso di assenza o impedimento superiore a sei mesi. Il direttore generale, con provvedimento motivato, può sospendere o dichiarare decaduti il direttore amministrativo ed il direttore sanitario qualora ricorrano gravi motivi.”.

Articolo 41: “Personale”.

“1. Il personale in servizio alla data di costituzione delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali è trasferito alle medesime ed è provvisoriamente utilizzato presso i presidi servizi ed uffici di appartenenza per essere inquadrato, fino all'adozione delle piante organiche definitive da

parte dei direttori generali, nelle piante organiche provvisorie di cui al precedente art. 38. Il personale in posizione di comando, su propria richiesta può optare per l'assegnazione provvisoria all'Azienda sanitaria o ospedaliera in cui è confluito il presidio di provenienza.

2. Con successivi decreti, su richiesta dei direttori generali, sentito il consiglio dei sanitari, il Presidente della Giunta regionale, su conformi delibere della Giunta, dispone ulteriori assegnazioni provvisorie di personale dalle aziende ospedaliere alle aziende sanitarie locali e viceversa sulla base di emergenti necessità di ridimensionamento o potenziamento di presidi e servizi delle aziende.

3. In ragione delle ulteriori assegnazioni di cui al comma precedente le piante organiche delle aziende ospedaliere e aziende sanitarie locali dovranno conseguentemente essere incrementate o ridimensionate.

Note all'articolo 4.

Commi 1 e 5.

Legge Regionale 15 marzo 2011, n. 4: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 della Regione Campania (Legge finanziaria regionale 2011).

Articolo 1, commi 244 e 245: “244. La Giunta regionale è autorizzata a disciplinare con regolamento le funzioni e l'organizzazione dell'Agenzia regionale sanitaria (ARSAN), quale tecnostuttura a supporto tecnico dell'attività del Consiglio regionale e dell'azione della Giunta regionale al fine di migliorare il coordinamento tra i soggetti decisori ed esecutori del servizio sanitario regionale, nell'ottica della promozione dell'appropriatezza degli interventi sanitari e della validità degli esiti, con l'osservanza delle seguenti norme generali:

- a) imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'azione amministrativa;
- b) configurazione quale azienda della Regione, dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e gestionale, in analogia a quanto previsto per le aziende sanitarie locali ed ospedaliere dagli articoli 5 e 14 della legge regionale n. 32/1994;
- c) ridefinizione e potenziamento delle funzioni dell'agenzia prevedendo, nell'ambito della dotazione organica, specifiche unità operative dirigenziali, con riferimento alle aree di attività, per l'espletamento dei compiti assegnati tra cui, in particolare: lo sviluppo e la gestione dei sistemi informativi di livello regionale attinenti alle prestazioni del servizio sanitario al fine di consentire alla Regione di adempiere ai propri fini istituzionali l'analisi e la programmazione dei bisogni e della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari a supporto dell'attività di pianificazione regionale; la ricerca e l'innovazione in materia di assistenza sanitaria, ospedaliera, specialistica e sociosanitaria, anche in collaborazione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, con l'Istituto superiore di sanità, nonché con le altre Agenzie sanitarie; la formazione e il sistema di qualità dei servizi sanitari, anche ai fini dell'elaborazione di criteri, standard e procedure per l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie; l'assistenza alle aziende sanitarie nello sviluppo degli strumenti e delle metodologie del controllo di gestione;
- d) perseguimento degli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità nell'esercizio dei compiti e delle funzioni assegnate, anche mediante la più ampia flessibilità nell'organizzazione degli uffici;
- e) rispondenza agli organi di governo della Regione dei risultati e della gestione agli indirizzi politico-amministrativi impartiti in materia di politica sanitaria regionale e della conformità delle azioni alle linee guida emanate a livello nazionale.

245. L'ARSAN continua a svolgere le funzioni già esercitate fino all'entrata in vigore del regolamento di cui al comma 244”.

Note all'articolo 5.

Comma 2.

Legge Regionale 24 dicembre 2003, n. 28: “Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza regionale.”.

Articolo 6: “Consolidamento del debito e razionalizzazione della gestione dei servizi nelle aziende sanitarie locali e nelle aziende ospedaliere.”.

“1. La Regione Campania costituisce una società per azioni unipersonale ai fini della elaborazione e della gestione di un progetto complessivo, finalizzato al compimento di operazioni di carattere patrimoniale, economico e finanziario da integrarsi con gli interventi per il consolidamento ed il risanamento della maturata debitoria del sistema sanitario regionale e per l'equilibrio della gestione corrente del debito della sanità.

2. La Regione Campania con decreto del Presidente della Regione designa i componenti degli organi di amministrazione e di controllo della società di cui al comma 1.

3. La Giunta regionale è autorizzata ad emanare i provvedimenti necessari all'attuazione di quanto previsto nel presente articolo, compresa la determinazione del capitale sociale della società di cui al comma 1.

4. Al fine di pervenire ad un migliore utilizzo delle risorse e di razionalizzazione della spesa sanitaria è istituito presso l'assessorato competente un osservatorio regionale per conseguire una conoscenza delle migliori condizioni di mercato.

5. La Giunta regionale, entro il termine di novanta giorni dalla pubblicazione della presente legge, è autorizzata ad emanare il provvedimento con il quale sono definite le procedure attuative, sentito il parere della II e V commissione consiliare permanente.

6. Nella UPB 4.15.38 è iscritta la somma di euro 170 milioni a decorrere dall'anno 2007 e per tutta la durata delle operazioni di cui al comma 9 necessarie al pagamento dei debiti maturati dalle ASL e dalle AO regionali fino al 31 dicembre 2005. Al relativo onere si fa fronte, nell'ambito del complessivo equilibrio di bilancio, con le maggiori entrate derivanti dall'aumento dell'addizionale imposta sul reddito per le persone fisiche - IRPEF - e dell'imposta regionale sulle attività produttive - IRAP.

6-bis. La somma di 170 milioni di euro relativa all'anno 2006 derivante dalle entrate di cui al comma 6 è destinata al ripiano dei disavanzi delle aziende sanitarie regionali registrati nel medesimo anno. Gli interessi non possono essere più onerosi di quelli derivanti dall'operazione di cartolarizzazione della società regionale per la sanità - SORESA S.p.A. - così come stabilito dal contratto con le banche (articolo 5, punto 5.1 - commissioni e spese -).

7. Le somme di cui al comma 1 sono trasferite per ogni anno solare con provvedimenti amministrativi che prevedono impegni pluriennali alla Società Regionale per la Sanità - So.Re.Sa. - S.p.A., società per azioni unipersonale, costituita ai sensi dei commi precedenti, nei procedimenti posti in essere dalla medesima società e volti a definire il pagamento dei debiti maturati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. regionali fino al 31 dicembre 2005.

8. Per i fini di cui al comma 7 la So.Re.Sa. presenta idoneo piano alla Giunta regionale entro il 30 giugno 2006 per il pagamento dei predetti debiti, precisando gli strumenti da adottarsi e le modalità necessarie all'estinzione dei debiti stessi.

9. Le operazioni finanziarie eventualmente indicate non possono essere superiori ad anni trenta e tra le medesime resta esplicitamente compresa l'ipotesi di una eventuale cartolarizzazione.

10. In via ordinaria la So.Re.Sa. è delegata, ai sensi dell'articolo 1269 del codice civile, alla esecuzione dei pagamenti, dovuti per l'esercizio del servizio sanitario, e dei debiti, regolarmente accertati, delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere e costituisce, per tali aziende, centrale unica di pagamento.

11. Abrogato

12. La So.Re.Sa. S.p.A. ha facoltà di porre in essere quanto necessario alla formazione di una

Special Purpose Vehicle - S.P.V. - di cui alla legge 30 aprile 1999, n. 130 o comunque di partecipare alla formazione di tale società o di identificare tale società tra quelle attualmente esistenti sul mercato, nell'operazione di eventuale cartolarizzazione. La conseguente obbligazione di pagamento è oggetto di impegno pluriennale di spesa verso la Special Purpose Vehicle - SPV - ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lettera c) e dell'articolo 33, comma 5, della legge regionale 30 aprile 2002, n. 7 nonché di ruoli di spesa fissa ai sensi dell'articolo 35, comma 3, della medesima legge. Le AA.SS.LL. e le AA.OO. della Regione Campania sono tenute a fornire, su richiesta, alla So.Re.Sa. S.p.A. ogni documentazione necessaria e utile per l'esatta definizione della debitoria pendente.

13. La So.Re.Sa. S.p.A. può trattare, in nome e per conto delle AA.SS.LL. o delle AA.OO., la definizione della situazione debitoria e identificare con procedura ad evidenza pubblica gli operatori finanziari che consentono l'estinzione del debito delle AA.SS.LL. e delle AA.OO., indicando agli stessi le modalità necessarie.

13-bis. La So.Re.Sa. assiste e supporta le ASL e le AO in materia di controllo di gestione e di pianificazione aziendale nei settori tecnologico, informatico e logistico-gestionale, al fine di promuovere l'adozione di modelli aziendali, organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati alla efficienza, alla competitività e alla efficacia nella erogazione delle prestazioni sanitarie e nel soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.

14. Al fine della attuazione del comma 10, la So.Re.Sa., ove lo ritenga necessario, acquisisce, dalle aziende per le quali opera, l'attestazione dei dirigenti responsabili degli uffici competenti per materia che le prestazioni costituenti titolo dei relativi debiti sono state effettivamente rese nell'ambito dei servizi debitamente autorizzati dalle medesime aziende. I dirigenti responsabili degli uffici finanziari delle aziende attestano che non è avvenuto il pagamento del corrispettivo e che il debito non è caduto in prescrizione. I dirigenti responsabili degli uffici delle aziende provvedono entro trenta giorni dalla richiesta, decorsi i quali l'attestazione si intende resa dagli stessi in senso negativo circa la sussistenza del debito. La Giunta regionale esercita la vigilanza sull'attuazione del presente comma mediante proprie strutture o, previo accordo, avvalendosi dei servizi ispettivi e di vigilanza delle amministrazioni centrali.

14-bis. In caso di mancata espressa attestazione della sussistenza o insussistenza del debito, nel termine di trenta giorni previsto dal comma 14, dovuta a negligenza del dipendente assegnato all'ufficio tenuto a renderla, al medesimo dipendente si applicano le sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva. Se la mancata espressa attestazione della sussistenza o insussistenza del debito nel termine di trenta giorni previsto dal comma 14, è dovuta ad inerzia del dirigente responsabile dell'ufficio tenuto a renderla che non esercita i poteri di direzione, di coordinamento e di controllo della attività dell'ufficio e dei dipendenti allo stesso assegnati, al medesimo dirigente responsabile dell'ufficio si applicano le sanzioni disciplinari previste dalla contrattazione collettiva ed il relativo comportamento è comunque valutabile anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

14-ter. Ai fini del monitoraggio della spesa sanitaria la So.Re.Sa., entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede alla creazione di una banca-dati unificata di tutti i fornitori delle ASL e delle AO e dei relativi flussi finanziari. Le modalità di finanziamento della predetta banca-dati e gli obblighi di conferimento degli enti del servizio sanitario regionale sono disciplinati con il provvedimento di cui al comma 10. La So.Re.Sa. trasmette alla Giunta regionale, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione concernente l'attività svolta, con particolare riguardo ai dati concernenti l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 10 e 15.

14-quater. Per lo svolgimento delle funzioni previste dalla presente legge la So.Re.Sa. è autorizzata, nel rispetto dei principi, anche di derivazione comunitaria, di trasparenza, pubblicità ed imparzialità di cui all'articolo 18, comma 2, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112 (Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria) convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, ad attivare procedure di reclutamento ordinario per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, in

rapporto alla programmazione triennale del fabbisogno di personale e comunque, nei limiti della spesa per tale finalità risultante dal bilancio al 31 dicembre 2013. Nelle more dell'esperimento delle procedure concorsuali, la So.Re.Sa compie le attività necessarie per garantire la continuità delle linee di azione previste nel Piano triennale 2013-2014, approvato con Delib.G.R. 3 giugno 2013, n. 154.

14-quinquies. La So.Re.Sa. sottopone, entro il 30 novembre di ogni anno, all'approvazione della Giunta regionale i piani e le procedure centralizzate a livello regionale per l'esecuzione dei pagamenti di propria competenza, per l'acquisto e la fornitura di beni e delle attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari, per la consulenza alla logistica dei magazzini delle ASL e delle AO, anche per macroaree.

15. Ai fini del contenimento e della razionalizzazione della spesa, in attuazione dei commi 449 e 455 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007), la So.Re.Sa. costituisce centrale di committenza regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 34 e dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione della direttiva 2004/17/CE e della direttiva 2004/18/CE - Codice degli Appalti) e soggetto aggregatore ai sensi dell'articolo 9 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, che aggiudica appalti pubblici o conclude accordi quadro di lavori, forniture o servizi destinati alle ASL e AO, alle società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, ivi comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania S.p.A., agli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, agli enti locali e alle altre pubbliche amministrazioni aventi sede nel medesimo territorio.

15-bis. È comunque fatta salva, previa autorizzazione della So.Re.Sa., la possibilità delle ASL e delle AO di stipulare contratti di acquisto e fornitura dei beni e attrezzature sanitarie e dei servizi non sanitari entro i parametri di prezzo-qualità adottati dalla So.Re.Sa.. Gli atti e i contratti di acquisto e fornitura stipulati dalle ASL e dalle AO in assenza dell'autorizzazione prevista dal presente comma sono nulli e costituiscono causa di responsabilità amministrativa. Degli acquisti e delle forniture effettuate dalle ASL e dalle AO, previa la predetta autorizzazione, e dei relativi flussi finanziari, è data comunicazione alla piattaforma informatica della So.Re.Sa. secondo le modalità dalla stessa definite.

15-ter. Le società partecipate in misura totalitaria dalla Regione Campania, comprese quelle in house, ad eccezione di EAV Srl e di Sviluppo Campania s.p.a., e gli enti anche strumentali della Regione, diversi da quelli del trasporto su ferro e su gomma, sono obbligati a utilizzare le convenzioni, gli accordi quadro e ogni strumento contrattuale stipulato, in favore dei medesimi, da So.Re.Sa..

15-quater. So.Re.Sa. al termine di ogni anno solare comunica alla Giunta regionale l'ammontare complessivo dei ribassi d'asta conseguiti rispetto alle procedure concorsuali svolte ai sensi del comma 15-bis.

15-quinquies. Per le medesime finalità di cui al comma 15, So.Re.Sa. sottopone entro il 30 novembre di ogni anno, all'approvazione della Giunta regionale, sulla base della programmazione delle procedure con riferimento alle esigenze dei soggetti di cui al comma 15-ter, i piani e le procedure centralizzate per l'acquisto e la fornitura di lavori, beni, attrezzature e servizi. Entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge So.Re.Sa. redige un disciplinare tipo di gara, cui i soggetti di cui al comma 15 dovranno attenersi. Rimane ferma la responsabilità di questi ultimi di provvedere interamente ai costi della gara appaltata e delle procedure concorsuali espletate.

15-sexies. In particolare So.Re.Sa., con riguardo alle competenze di cui al comma 15, provvede a:

- a) stipulare convenzioni di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1999, n. 488 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge

finanziaria 2000), in cui le imprese aggiudicatrici si obbligano ad accettare, sino a concorrenza della quantità massima stabilita da ciascuna convenzione, ai prezzi e alle altre condizioni ivi previsti, ordinativi di fornitura emessi dai soggetti di cui al comma 15;

b) mantenere un archivio digitale delle procedure concorsuali espletate e dei relativi risultati;

c) aggiudicare appalti di lavori, beni e servizi destinati a uno o più soggetti di cui al comma 15;

d) concludere accordi quadro ai sensi dell'articolo 59 del decreto legislativo 163/2006 e istituire sistemi dinamici di acquisto ai sensi dell'articolo 60 del decreto legislativo 163/2006 destinati ai soggetti di cui al comma 15;

e) aggiudicare contratti, concessioni nonché ogni altra procedura, ivi incluse quelle per dialogo tecnico e dialogo competitivo, o strumento contrattuale per gli approvvigionamenti, anche in forma aggregata, dei soggetti di cui al comma 15;

f) fornire, su specifica richiesta, supporto e consulenza per le esigenze di approvvigionamento di beni e servizi da parte dei soggetti di cui al comma 15.

16. La So.Re.Sa. previa deliberazione della Giunta regionale di approvazione dei suddetti piani e procedure, espleta, in coordinamento con le AA.SS.LL. e le AA.OO., le procedure acquisitive in essi stabiliti”.

Note all'articolo 5.

Comma 1.

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 legge 16 gennaio 2003, n. 3.”.

Articolo 2: “Trasformazione degli Istituti in Fondazioni.”.

“1. Su istanza della Regione in cui l'Istituto ha la sede prevalente di attività clinica e di ricerca, con decreto adottato dal Ministro della salute, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico esistenti alla data di entrata in vigore della legge 16 gennaio 2003, n. 3, ferma restandone la natura pubblica, possono essere trasformati in Fondazioni di rilievo nazionale aventi le finalità di cui all'articolo 1, aperte alla partecipazione di soggetti pubblici e privati e sottoposte alla vigilanza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze. Gli enti trasformati assumono la denominazione di Fondazione IRCCS.

2. Sono enti fondatori il Ministero della salute, la Regione ed il Comune in cui l'Istituto da trasformare ha la sede effettiva di attività e, quando siano presenti, i soggetti rappresentativi degli interessi originari. Altri enti pubblici e soggetti privati, che condividano gli scopi della fondazione ed intendano contribuire al loro raggiungimento, possono aderire in qualità di partecipanti, purché in assenza di conflitto di interessi: gli statuti, in conformità al presente decreto legislativo, disciplinano le modalità e le condizioni della loro partecipazione, ivi compreso l'apporto patrimoniale loro richiesto all'atto della adesione e le modalità di rappresentanza nel consiglio di amministrazione.

3. Le Fondazioni IRCCS hanno durata illimitata. Ad esse sono trasferiti, in assenza di oneri, i rapporti attivi e passivi, il patrimonio mobiliare e immobiliare ed il personale degli Istituti trasformati.

4. Abrogata.”.