

Legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10.

## **Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali.**

(B.U. 25 gennaio 1995, suppl. spec. al n. 4)

*Art. [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), [5](#), [6](#), [7](#), [8](#), [9](#), [10](#), [11](#), [12](#), [13](#), [14](#), [15](#), [16](#), [17](#), [18](#), [19](#), [20](#), [21](#), [22](#), [23](#), [24](#), [25](#), [26](#), [27](#), [28](#), [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#), [35](#), [36](#), [37](#), [38](#), [39](#), [40](#), [41](#), [42](#)*

### **Titolo I. Principi e finalita'**

#### **Art. 1.**

*(Principi e finalita')*

1. In attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, che nella legge s'intende richiamato con la parola decreto legislativo, sono finalita' della legge:

- a) definire il quadro istituzionale del Servizio Sanitario Regionale;
- b) disporre modalita' e tempi per la costituzione delle Aziende Sanitarie regionali;
- c) disciplinare gli organi delle costituende aziende;
- d) definire le principali modalita' organizzative e di funzionamento delle Aziende Sanitarie regionali;
- e) definire la partecipazione dei cittadini singoli o associati e la tutela dei diritti dell'utenza.

### **Titolo II. Ordinamento**

#### **Art. 2.**

*(Soggetti istituzionali)*

1. Sono soggetti istituzionali del Servizio Sanitario Regionale la Regione e le Aziende Sanitarie regionali.

2. I Comuni, singoli od associati, partecipano alla definizione ed alla realizzazione degli obiettivi del Servizio Sanitario Regionale concorrendo, in particolare, alla programmazione socio Sanitaria ed alla messa a disposizione di risorse per la gestione integrata delle attivita' in campo socio Sanitario.

3. Le Province concorrono alla predisposizione del Piano socio Sanitario Regionale (PSSR) secondo modalita' previste dalle norme regionali di programmazione socio Sanitaria.

4. Le Universita' concorrono alla predisposizione del PSSR ed alla gestione in convenzione di attivita' di formazione e di assistenza Sanitaria secondo quanto previsto dai protocolli d'intesa di cui al successivo articolo 5.

5. Concorrono inoltre alle finalita' del Servizio Sanitario Regionale le istituzioni Sanitarie pubbliche e private accreditate. Gli Enti assistenziali pubblici, gli organismi di volontariato e le associazioni di autotutela dei cittadini concorrono alle medesime finalita', con le modalita' previste dalle leggi regionali.

#### **Art. 3.**

*(Regione Competenze)*

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento nei confronti delle Aziende Sanitarie regionali, le supporta e controlla in fase di attuazione.

2. La Regione provvede, con proprio atto legislativo, ad una revisione del modello organizzativo

delle strutture preposte alla gestione delle competenze regionali in materia di sanità, al fine di realizzare una completa e proficua collaborazione tra Regione e Aziende Sanitarie per il corretto espletamento delle rispettive funzioni.

3. Fatte salve le competenze del Consiglio Regionale, la Giunta Regionale:

- a) esercita funzioni di indirizzo per la gestione delle Unità Sanitarie Locali (USL) e delle Aziende ospedaliere (AO), in particolare allo scopo di assicurare la conformità delle loro attività agli obiettivi del Piano socio Sanitario Regionale (PSSR) e di garantire l'attuazione degli indirizzi di programmazione nonché la corrispondenza tra costi dei Servizi e relativi benefici;
- b) stabilisce indirizzi e vincoli, ai quali le USL e le AO devono attenersi nel dare applicazione ai contratti collettivi nazionali di lavoro per il personale dipendente e agli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato;
- c) svolge funzioni di promozione, di indirizzo tecnico e di supporto delle USL e delle AO;
- d) vigila sulla corretta ed economica gestione delle risorse assegnate, sulla imparzialità e sul buon andamento della attività, sulla qualità dell'assistenza;
- e) accerta, anche tramite le USL, i requisiti delle strutture al fine del loro accreditamento.

4. La Giunta Regionale provvede al riparto del finanziamento di parte corrente con le modalità stabilite dall'articolo 1 della legge regionale approvata dal Consiglio Regionale il 13 dicembre 1994 "Finanziamento, gestione patrimoniale ed economico finanziaria delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere".

5. Nulla è innovato per quanto riguarda le procedure concernenti i provvedimenti autorizzativi, prescrittivi e di concessione previsti dalla normativa vigente.

#### **Art. 4.**

##### *(Aziende Sanitarie regionali Competenze)*

1. Le Aziende Sanitarie regionali assicurano la tutela della salute psico fisica della popolazione attraverso l'erogazione delle prestazioni contemplate dai livelli uniformi di assistenza stabiliti dal Piano Sanitario Nazionale (PSN) e da quelli definiti dal Piano socio Sanitario Regionale (PSSR).

2. In particolare:

a) le USL provvedono alla gestione:

- 1) delle attività Sanitarie, ivi comprese quelle di prevenzione di cui all'articolo 7 del decreto legislativo;
  - 2) delle attività socio assistenziali a rilievo Sanitario;
  - 3) delle attività di assistenza sociale la cui gestione sia attribuita, in base a delega, dagli Enti Locali, che assicurano il finanziamento ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo; erogando le prestazioni tramite le articolazioni funzionali di distretto socio Sanitario di base, nonché tramite le strutture Sanitarie a gestione diretta e le strutture Sanitarie pubbliche e private accreditate;
- b) le AO assicurano relativamente alle attività specialistiche previste sulla base degli atti della programmazione regionale:
- 1) le prestazioni di ricovero;
  - 2) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
  - 3) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera.

3. Le USL, per assicurare i livelli assistenziali individuati dalla programmazione nazionale e regionale, stipulano convenzioni con le AO in relazione alle prestazioni di assistenza Sanitaria specialistica, secondo le indicazioni fornite dalla Giunta Regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 3.

#### **Art. 5.**

##### *(Università Competenze)*

1. La Giunta Regionale e l'Università, ai sensi del decreto legislativo e nell'ambito del PSSR vigente, stipulano appositi protocolli di intesa:
  - a) per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia e medicina veterinaria alle attività assistenziali del Servizio Sanitario Regionale e l'apporto del Servizio stesso alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie dell'Università e del Servizio Sanitario nazionale; analogamente possono essere regolamentati i rapporti con altre facoltà che possono contribuire allo svolgimento delle funzioni del Servizio Sanitario Regionale;
  - b) per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione al fine di soddisfare le specifiche esigenze del Servizio Sanitario Regionale connesse alla formazione degli specializzandi per l'accesso ai ruoli dirigenziali del Servizio Sanitario nazionale;
  - c) per l'espletamento dei corsi di formazione di cui all'articolo 2 della legge 19 novembre 1990, n. 341 nonché di altre attività formative.
2. La Giunta Regionale istituisce la commissione paritetica Regione-Università con compiti propositivi per la predisposizione dei protocolli di intesa e per la verifica sull'attuazione degli stessi.
3. La Commissione è formata da rappresentanti dell'Università e della Regione, che designa i propri secondo la normativa regionale vigente in materia di nomine.
4. I protocolli d'intesa, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo e dagli atti della programmazione regionale nonché tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, indirizzano e vincolano, nelle aree indicate, i successivi accordi convenzionali tra le AO e le Università, attraverso l'individuazione:
  - a) relativamente alle attività assistenziali di:
    - 1) criteri per la determinazione dei volumi reciproci delle prestazioni assistenziali erogabili dai contraenti, distinti tra attività di ricovero ed attività specialistiche ambulatoriali, tenuto conto delle esigenze istituzionali proprie dell'Università e del Servizio Sanitario Regionale;
    - 2) criteri per la riconduzione di tali volumi reciproci a quelli di valorizzazione economica delle attività relative;
    - 3) criteri per la riconduzione di tale valorizzazione economica alla consistenza ed alla tipologia delle strutture organizzative proprie dei contraenti;
    - 4) criteri per l'individuazione di attività Sanitarie finalizzate alla maggiore qualificazione dei Servizi erogati, individuati dalle parti contraenti;
  - b) relativamente alle attività formative di:
    - 1) criteri per la determinazione degli apporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo delle strutture del Servizio Sanitario Regionale;
    - 2) criteri per l'individuazione e l'organizzazione, sulla base degli ordinamenti didattici vigenti, delle scuole e dei corsi di formazione;
    - 3) criteri per la ripartizione degli oneri.
5. Le materie per le quali, ai sensi dell'articolo 4, comma 6, del decreto legislativo, è necessaria l'acquisizione del parere della facoltà di medicina, sono concordate nell'ambito dei protocolli d'intesa.

#### **Art. 6.**

##### *(Comuni e Province Competenze)*

1. I Comuni concorrono all'indirizzo e al controllo delle attività delle USL, secondo quanto previsto dal decreto legislativo e nei modi indicati all'articolo 15.
2. I Comuni, singoli od associati, e le Comunità Montane possono concordare con l'USL competente per territorio, forme di assistenza Sanitaria e socio Sanitaria che integrino i livelli di assistenza stabiliti dalla Regione, o che concorrano ad assicurare una costante integrazione tra Servizi sanitari e socio assistenziali e tra questi e altre attività territoriali di competenza degli Enti Locali (con riferimento particolare alle attività educative e scolastiche, all'educazione ambientale

ed alle politiche giovanili). I relativi costi verranno sostenuti interamente dai Comuni singoli od associati, e dalle Comunita' Montane proponenti con finanziamento a carico dei propri bilanci, fatta salva la possibilita' di accordo nell'ambito di convenzioni di cui al successivo comma 4, che prevedano la messa a disposizione reciproca di risorse professionali ed operative, allo scopo di favorire vantaggiose forme di collaborazione.

3. Allo scopo di rendere possibile il massimo livello di integrazione tra i Servizi sanitari, i Servizi socio assistenziali ed altre attivita' sociali ed educative presenti nel territorio, possono essere stipulate convenzioni tra le USL, le Comunita' Montane ed i Comuni, singoli od associati; le convenzioni dovranno prevedere la costituzione di organismi per la consultazione fra i diversi Enti e per l'organizzazione integrata tra le attivita'.

4. I rapporti tra i Comuni e le Comunita' Montane, da un lato, e le USL dall'altro, previsti dai precedenti commi 2 e 3, vengono regolati da apposite convenzioni conformi ad una convenzione tipo adottata dalla Giunta Regionale entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

5. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 2, comma 3 della L.R. 39/1994, le Province concorrono alla predisposizione dei Piani sanitari regionali (PSR) secondo le modalita' che saranno stabilite dalla legge regionale di programmazione Sanitaria. In particolare le Province contribuiscono alla definizione della Localizzazione delle maggiori infrastrutture Sanitarie.

#### **Art. 7.**

*(Comunita' Montane)*

1. Le Comunita' Montane sono investite di funzioni programmatiche in ordine allo sviluppo socio economico dei rispettivi territori. Al fine di assicurare un efficace raccordo tra la programmazione delle Comunita' Montane, ai sensi dell'articolo 29 legge 8 giugno 1990, n. 142, e quella delle USL di riferimento, vengono individuate dalla Giunta Regionale forme permanenti di reciproca consultazione fra gli Enti suddetti anche a livello dei distretti socio sanitari di base.

#### **Art. 8.**

*(Organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali)*

1. Le Organizzazioni sindacali (OS), le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, gli organismi di volontariato e di cooperazione, le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini possono intervenire, in via consultiva, al processo di programmazione regionale e alla programmazione attuativa delle USL, secondo le modalita' che saranno definite dalla Giunta Regionale.

#### **Art. 9.**

*(Organi dell'Azienda Sanitaria Regionale)*

1. Sono organi dell'Azienda Sanitaria Regionale il Direttore Generale ed il Collegio dei Revisori.

#### **Art. 10.**

*(Funzioni e competenze del Direttore Generale)*

1. Al Direttore Generale spettano tutti i poteri di gestione delle Aziende Sanitarie regionali, nonche' la rappresentanza legale delle medesime.

2. Al Direttore Generale competono altresì gli adempimenti attribuitigli dalla normativa statale e regionale.

3. Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole al Direttore amministrativo o al Direttore Sanitario.

4. Sono comunque riservati al Direttore Generale i seguenti atti:

- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore amministrativo o del Direttore Sanitario;
  - b) la nomina dei membri del Collegio dei Revisori, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del Collegio, ai sensi dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo;
  - c) la nomina dei direttori delle strutture organizzative ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilita' Aziendali, in conformita' a quanto stabilito dall'articolo 15 del decreto legislativo e del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche ed integrazioni;
  - d) il piano di organizzazione di cui all'articolo 16;
  - e) gli atti di bilancio;
  - f) gli atti di programmazione socio Sanitaria locale.
5. Nei casi di assenza o impedimento, il Direttore Generale puo' delegare al Direttore amministrativo o al Direttore Sanitario, l'adozione degli atti di cui al comma 4, ad esclusione dei provvedimenti di nomina e sospensione di cui alla lettera a).

#### **Art. 11.**

*(Nomina e rapporto di lavoro del Direttore Generale)*

1. Alla nomina del Direttore Generale provvede la Giunta Regionale nei termini e con le modalita' stabilite dalla normativa nazionale e regionale di riferimento.
2. I direttori Generali delle AO: San Giovanni Battista di Torino, San Luigi di Orbassano e Maggiore della Carita' di Novara, sono nominati d'intesa con il Rettore dell'Universita'.
3. La Giunta Regionale, ai fini della nomina di cui ai commi 1 e 2, puo' avvalersi di tre esperti nella materia ovvero di una agenzia di Servizi, accreditata a livello nazionale, per la consulenza, la formazione e la selezione dei quadri e dirigenti Aziendali.
4. L'efficacia della nomina e' subordinata alla stipula di apposito contratto quinquennale di diritto privato, tra il Presidente della Giunta Regionale ed il Direttore Generale nominato. La stipula del contratto deve intervenire entro quindici giorni dalla nomina e, comunque, entro sessanta giorni dalla vacanza dell'ufficio.
5. Gli oneri derivanti dall'applicazione del contratto sono a carico del bilancio dell'Azienda; sono altresì a carico del bilancio dell'Azienda gli oneri di cui all'articolo 3, comma 8, del decreto legislativo. Non puo' gravare sul bilancio dell'Azienda altro onere a titolo di compenso o rimborso spese per il Direttore Generale, salvo quelli espressamente previsti dalla legislazione vigente di riferimento.
6. Decorso cinque anni dalla stipula del contratto, il rapporto di lavoro si risolve.
7. La Giunta Regionale, trenta giorni prima della scadenza del termine di cui al comma 6, puo', valutato l'operato del Direttore Generale, procedere, con provvedimento motivato alla conferma dell'incarico ed alla stipula del nuovo contratto. Al rinnovo del contratto del Direttore Generale delle AO di cui al comma 2, si procede previa intesa con il Rettore dell'Universita'.
8. In attuazione dell'articolo 1, comma 6, del decreto legge 27 agosto 1994, n. 512, convertito con legge 17 ottobre 1994, n. 590, la Giunta Regionale, trascorso un anno dalla nomina, dispone, con provvedimento motivato, la conferma dell'incarico o la risoluzione del relativo contratto.

#### **Art. 12.**

*(Incompatibilita' e cause di decadenza del Direttore Generale)*

1. L'accertamento delle condizioni di incompatibilita' del Direttore Generale al momento della nomina spetta alla Giunta Regionale. Il rilievo di eventuali incompatibilita' e' contestato, in qualunque momento, al Direttore Generale, dal Presidente della Giunta Regionale; il Direttore Generale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia al Presidente della Giunta Regionale. Decorso tale termine senza che le cause siano

rimosse, il Direttore Generale e' dichiarato decaduto.

2. La sussistenza o la sopravvenienza degli impedimenti di cui all'articolo 3, comma 11, del decreto legislativo, e' sempre causa di decadenza del Direttore Generale dalla nomina.

3. Cause di decadenza dalla nomina di Direttore Generale sono anche:

a) assenza dall'ufficio o impedimento a svolgere le proprie funzioni per un periodo superiore a centottanta giorni;

b) superamento del settantesimo anno di eta';

c) presenza di gravi motivi, situazione di grave disavanzo nella gestione o violazione di leggi o principi di buon andamento e di imparzialita' dell'amministrazione;

d) mancata dichiarazione di decadenza, da parte del Direttore Generale, del Direttore amministrativo o del Direttore Sanitario nei casi di cui all'articolo 18, comma 5;

e) nelle altre ipotesi previste dal contratto di cui all'articolo 11, comma 4.

4. La decadenza del Direttore Generale puo' essere dichiarata, previa diffida, anche in caso di mancato rispetto dei termini previsti dalla legge regionale di programmazione Sanitaria per gli adempimenti concernenti la predisposizione degli atti di programmazione locale, degli atti di bilancio ed in prima applicazione, per la mancata adozione del Piano di organizzazione nel termine fissato all'articolo 16.

5. Nei casi di cui ai commi 1, 2, 3 e 4 la Giunta Regionale delibera la decadenza entro quindici giorni. Al Direttore Generale subentra il Direttore piu' anziano per eta' tra il Direttore amministrativo e Sanitario, fino alla nomina del nuovo Direttore Generale. Il subentro opera anche nel caso di vacanza dell'ufficio.

6. Nei casi di ritardata adozione degli atti di cui al comma 4, il contratto di lavoro del Direttore Generale prevede che il compenso pattuito venga decurtato della meta' per il periodo di durata del ritardo.

7. Nei casi di decadenza o vacanza dell'ufficio, in alternativa al subentro del Direttore piu' anziano fino alla nomina del nuovo Direttore Generale, la Giunta Regionale puo' procedere, in via eccezionale, al commissariamento dell'Azienda mediante la nomina di un commissario. Il commissario resta in carica fino alla nomina del nuovo Direttore Generale.

8. Della decadenza del Direttore Generale della USL nonche' dei casi di commissariamento, e' data informazione alla Conferenza dei Sindaci o dei Presidenti delle Circoscrizioni di cui all'articolo 15 e al Consiglio Regionale.

9. Per le AO di cui all'articolo 11, comma 2, il Presidente della Giunta Regionale informa il Rettore dell'Universita' delle dichiarazioni di decadenza nei casi previsti ai commi 1, 2 e 3 lettere a), b) e d). Le dichiarazioni di decadenza nei casi previsti ai commi 3, lettera c) e 4, sono effettuate dalla Giunta Regionale previo parere del Rettore dell'Universita'. Al commissariamento Aziendale la Giunta Regionale provvede informando preliminarmente il Rettore dell'Universita'.

10. La dichiarazione di decadenza dalla nomina e' sempre motivo di risoluzione del contratto.

### **Art. 13.**

#### *(Nomina e funzionamento del Collegio dei Revisori)*

1. Il Collegio dei Revisori delle USL e' composto da tre membri designati, rispettivamente:

a) dalla Giunta Regionale;

b) dal Ministero del tesoro;

c) dalla Conferenza dei Sindaci o dei Presidenti delle Circoscrizioni di riferimento territoriale di cui all'articolo 14.

2. Il Collegio dei Revisori delle AO e' composto da tre membri di cui due designati dalla Giunta Regionale e uno dal Ministero del tesoro.

3. Nelle USL e nelle AO, il cui bilancio di previsione comporti un volume di spesa di parte corrente superiore a duecento miliardi, il Collegio dei Revisori e' integrato da altri due membri, dei quali uno designato dalla Giunta Regionale ed uno designato dal Ministero del

tesoro.

4. I Revisori, ad eccezione di quelli designati dal Ministero del tesoro a norma dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo, sono scelti tra i Revisori contabili iscritti nel registro previsto dall'articolo 1 del decreto legislativo 27 gennaio 1992, n. 88. Non possono far parte del collegio:

- a) parenti fino al quarto grado e gli affini fino al secondo grado del Direttore Generale;
- b) i dipendenti dell'Azienda, gli operatori legati da rapporto convenzionale con la stessa, nonché coloro che siano comunque legati da un rapporto continuativo di prestazione d'opera retribuita con l'Azienda medesima;
- c) i fornitori dell'Azienda, i titolari, i soci, gli amministratori, i gestori di istituzioni Sanitarie private ubicate nel territorio dell'Azienda;
- d) coloro che abbiano lite pendente per questioni attinenti all'attività dell'Azienda, ovvero, avendo un debito liquido ed esigibile verso di essa, siano stati regolarmente costituiti in mora ai sensi dell'articolo 1219 del codice civile oppure si trovino nelle condizioni di cui allo stesso articolo 1219 comma 2.

5. Il Collegio dei Revisori è nominato dal Direttore Generale. Il provvedimento di nomina è notificato, entro tre giorni, ai componenti del Collegio nonché alle amministrazioni che hanno provveduto alle designazioni di competenza.

6. Il Collegio dei Revisori, nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente. Nel caso di assenza o impedimento del Presidente le relative funzioni sono esercitate dal componente più anziano di età.

7. Il Collegio dei Revisori dura in carica cinque anni. I revisori possono essere riconfermati.

8. In caso del venir meno di uno o più componenti del Collegio dei Revisori, per scadenza del mandato, decadenza, dimissioni, o per altre cause, il Direttore Generale provvede, entro i tre giorni successivi, ad inoltrare richiesta alle amministrazioni competenti per la relativa sostituzione. In caso di venir meno di più di due componenti, il Collegio deve essere interamente ricostituito.

9. Qualora il Collegio non sia stato ricostituito nel termine di trenta giorni dal verificarsi dell'evento che ne determina la cessazione, per inerzia del Direttore Generale ovvero dei soggetti tenuti alle designazioni, il Collegio è costituito in via straordinaria dalla Giunta Regionale a norma dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo. Il Collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del Collegio ordinario.

10. Il Collegio dei Revisori si riunisce almeno una volta al mese. Le sedute sono convocate dal Presidente del Collegio, su propria iniziativa o su richiesta scritta e motivata di almeno altri due componenti. Le convocazioni sono effettuate, per iscritto almeno cinque giorni prima di quello stabilito per la seduta, con l'indicazione del luogo, del giorno e dell'ora della seduta stessa nonché degli argomenti iscritti all'ordine del giorno. In caso di urgenza, il Collegio può essere convocato anche telegraficamente con un preavviso di almeno ventiquattro ore.

11. Il componente che, senza giustificato motivo, non partecipi nel corso dell'esercizio a tre sedute consecutive, decade dalla carica. Decade altresì il componente la cui assenza, ancorché giustificata, si protragga oltre tre mesi. La decadenza è dichiarata dal Direttore Generale su richiesta motivata degli altri componenti in carica.

12. Le deliberazioni del Collegio dei Revisori sono adottate a maggioranza. In caso di parità, prevale il voto del Presidente. Di ogni riunione viene redatto processo verbale, sottoscritto dagli intervenuti. Il componente dissenziente deve far scrivere a verbale i motivi del proprio dissenso.

13. Ai membri del Collegio dei Revisori spetta una indennità annua lorda pari al 10 per cento degli emolumenti del Direttore Generale. Al Presidente del Collegio spetta una maggiorazione pari al 20 per cento di quella fissata per gli altri componenti. Ai membri del

Collegio dei Revisori spetta, altresì, il rimborso delle spese di viaggio sostenute per lo svolgimento dell'incarico, nella misura prevista per i dirigenti regionali.

2.

**Art. 14.**

*(Compiti del Collegio dei Revisori)*

1. Il Collegio dei Revisori vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e verifica la regolarità amministrativa contabile dell'USL o della AO.
2. Il Collegio in particolare:
  - a) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto Generale annuale alle risultanze delle scritture contabili e dei registri obbligatori, li sottoscrive e redige apposita relazione da allegare al rendiconto stesso esprimendo eventuali proposte tendenti a conseguire una migliore efficienza, produttività ed economicità della gestione;
  - b) esamina gli atti di bilancio e quelli di cui all'articolo 4, comma 8 della legge 30 dicembre 1991, n. 412;
  - c) effettua, almeno ogni trimestre, verifiche intese ad accertare la consistenza di cassa;
  - d) può chiedere notizie al Direttore Generale, che è tenuto a fornirle, sull'andamento dell'Azienda;
  - e) redige, almeno semestralmente, una relazione sull'andamento dell'Azienda e la trasmette alla Regione, al ministero del tesoro nonché al Direttore Generale e nel caso delle USL, alla rappresentanza dei Comuni di cui all'articolo 15 e, nel caso di AO, per conoscenza, al Sindaco del Comune in cui è ubicata l'Azienda stessa;
  - f) svolge ogni altra attribuzione ad esso affidata dalla legge.
3. Gli atti deliberativi individuati alla lettera b) del comma 2 sono trasmessi al Collegio dei Revisori almeno cinque giorni prima della pubblicazione nell'albo dell'Azienda.
4. Entro quindici giorni dal ricevimento dell'atto, il Collegio dei Revisori notifica al Direttore amministrativo gli eventuali rilievi. Il mancato inoltro di rilievi entro tale termine equivale a riscontro positivo.
5. Relativamente agli atti di bilancio il Collegio dei Revisori redige, entro quindici giorni dal loro ricevimento, apposita relazione.
6. I Revisori possono, in qualsiasi momento, procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e di controllo presso gli uffici e le strutture dell'Azienda e prendere visione di tutti gli atti amministrativi e contabili.
7. Qualora dalle attività di vigilanza e di verifica effettuate a norma del presente articolo emergano gravi irregolarità nella gestione o questa presenti situazioni di disavanzo, il Collegio dei Revisori ne dà immediata comunicazione al Presidente della Giunta Regionale.

**Art. 15.**

*(Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Presidenti delle Circoscrizioni)*

1. Le funzioni di indirizzo e controllo di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto legislativo sono esercitate dalla Conferenza dei Sindaci tramite una rappresentanza costituita nel suo seno da non più di cinque componenti, nominati dalla Conferenza medesima.
2. La Conferenza dei Sindaci provvede con proprio regolamento a disciplinare:
  - a) le modalità di nomina ed i criteri di composizione della rappresentanza di cui al comma 1;
  - b) le modalità di funzionamento ed i criteri da seguire nell'esercizio delle funzioni cui dovrà attenersi la rappresentanza;
  - c) le modalità di esercizio dell'attività delegata di cui all'articolo 4, comma 7 della L.R. n. 39/1994.
3. La disciplina dei criteri di composizione della rappresentanza dovrà tener conto:
  - a) della rappresentatività dei Comuni in ragione della loro dimensione demografica;
  - b) della collocazione dei Comuni all'interno dei distretti socio sanitari ai fini della massima

articolazione possibile della loro rappresentativita' territoriale.

4. Qualora l'ambito territoriale di riferimento comprenda un numero di Comuni pari o inferiori a cinque, la nomina della rappresentanza e' facoltativa.

5. Per le USL torinesi valgono le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3, 4, intendendosi sostituita alla Conferenza dei Sindaci, la Conferenza dei Presidenti delle Circostrizioni di riferimento territoriale. In tal caso la Conferenza e' presieduta dal Sindaco o suo delegato.

6. Gli oneri per l'esercizio delle funzioni delle Conferenze di cui al presente articolo sono a carico delle USL interessate.

### **Titolo III. Organizzazione**

#### **Art. 16.**

*(Criteri di organizzazione)*

1. Alle Aziende Sanitarie regionali e' attribuita la piena autonomia nel quadro di quanto previsto dalla legge e dalle direttive approvate dalla Giunta Regionale entro novanta giorni dall'entrata in vigore della legge, previa comunicazione alla competente Commissione consiliare.

2. Le direttive di cui al comma 1 devono essere formulate sulla base dei seguenti principi:

a) garanzia del rispetto dei diritti e primaria attenzione alle esigenze degli utenti dei Servizi;

b) valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda;

c) articolazione delle strutture organizzative in base a criteri che individuano livelli minimi di attivita' da svolgere;

d) dimensionamento delle dotazioni organiche delle strutture organizzative in base alla rilevazione dell'attivita' svolta, tenendo anche conto di eventuali programmi di sviluppo dell'attivita' medesima;

e) organizzazione delle strutture Aziendali sulla base di criteri che consentano la distinzione tra funzioni direzionali, relative al governo ed al controllo di gestione e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni;

f) individuazione da parte dell'Azienda della responsabilita' e della correlata autonomia dei diversi livelli organizzativi in relazione al perseguimento degli obiettivi nel rispetto delle risorse assegnate;

g) attribuzione, all'interno dell'USL, ad ogni presidio ospedaliero, ad ogni distretto ed al dipartimento di prevenzione, di autonomia economico finanziaria con contabilita' separata all'interno del bilancio Aziendale nonche' di autonomia gestionale per lo svolgimento delle rispettive funzioni e per il conseguimento degli obiettivi Aziendali;

h) organizzazione dell'attivita' distrettuale tale da consentire la necessaria integrazione fra le funzioni Sanitarie e le funzioni socio Sanitarie nonche' quelle socio assistenziali laddove i Comuni abbiano conferito la delega;

i) strutture organizzative Sanitarie funzionalmente ordinate e responsabilizzate in forma dipartimentale;

l) previsione per le attivita' infermieristiche, tecnico Sanitarie e di riabilitazione, di strutture organizzative dotate di autonomia tecnico funzionale e di specifiche modalita' di collegamento con il Direttore Sanitario dell'Azienda.

3. Il Direttore Generale, entro i novanta giorni successivi all'emanazione delle direttive di cui al comma 1, predisporre il piano di organizzazione dell'Azienda che:

a) specifica i criteri ispiratori della progettazione organizzativa dell'Azienda;

b) individua le articolazioni organizzative a cui corrispondono specifiche responsabilita' e correlate autonomie;

c) stabilisce l'organigramma Aziendale con le relative dotazioni di personale secondo le risultanze dei carichi di lavoro, in ottemperanza alle indicazioni metodologiche contenute nelle direttive di cui al comma 1.

4. Il Direttore Generale, con provvedimento motivato allegato all'atto di approvazione del bilancio, dispone le eventuali modifiche del Piano di organizzazione, nel rispetto della vigente normativa.

**Art. 17.**  
*(Direzione Generale)*

1. Il Direttore Generale assicura le funzioni di alta direzione dell'Azienda e a questo fine:
  - a) elabora le strategie Aziendali e la loro specificazione attraverso gli strumenti di programmazione e di controllo della gestione;
  - b) persegue il raggiungimento ed il costante miglioramento di condizioni gestionali tali da garantire l'uniforme ed efficace tutela della salute;
  - c) assicura l'efficiente impiego delle risorse ed il perseguimento dell'equilibrio economico dell'Azienda anche attraverso l'utilizzo di stanziamenti finanziari predeterminati di settore e di unita' operativa;
  - d) conserva e valorizza il patrimonio dell'Azienda.
2. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 1 il Direttore Generale si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore amministrativo.
3. Per il supporto delle proprie funzioni di alta direzione, il Direttore Generale, con proprio provvedimento, puo' avvalersi di professionalita' specifiche o di nuclei operativi appositamente costituiti in uffici di staff, anche a carattere temporaneo, con il possibile ricorso a consulenze esterne ai sensi dell'articolo 7, comma 6, del D.Lgs. n. 29/1993 e successive modificazioni ed integrazioni, quando la specifica competenza non risulta presente in Azienda.

**Art. 18.**  
*(Direttore Sanitario)*

1. Il Direttore Sanitario e' nominato dal Direttore Generale con provvedimento motivato. La nomina e' fatta sulla base delle norme di cui al decreto legislativo.
2. Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attivita' di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda, con riferimento agli aspetti organizzativi e igienico sanitari e ai programmi di intervento di area specifica a tutela della salute, al fine di garantire l'integrazione fra le strutture Aziendali. Collabora al controllo di gestione dell'Azienda ed al controllo di qualita' dei Servizi e delle prestazioni erogate. Assicura l'integrazione fra le attivita' ambulatoriali ospedaliere e territoriali. Assume, nelle AO, la responsabilita' diretta delle funzioni organizzative ed igienico Sanitarie del presidio ospedaliero.
3. Al rapporto di lavoro del Direttore Sanitario si applica la disciplina prevista per il Direttore Generale, fatta eccezione per quanto riguarda il caso di incompatibilita' previsto all'ultimo periodo dell'articolo 3, comma 9 del decreto legislativo.
4. Il Direttore Sanitario cessa dall'incarico entro tre mesi dalla data di nomina del nuovo Direttore Generale e puo' essere riconfermato.
5. Il Direttore Generale, con provvedimento motivato, dichiara la decadenza del Direttore Sanitario nei casi di sopravvenienza di una delle cause di incompatibilita' o di natura penale previste dal decreto legislativo nonche' in caso di assenza o impedimento superiore a sei mesi. Il Direttore Generale, sempre con provvedimento motivato e previa contestazione degli addebiti, puo' sospendere, per la durata massima di sei mesi il Direttore Sanitario nei seguenti casi:
  - a) grave violazione di legge o dei principi di buon andamento o imparzialita' dell'amministrazione nell'ambito delle funzioni proprie e di quelle delegate;
  - b) gravi violazioni delle direttive impartite;
  - c) comportamenti che abbiano determinato risultati negativi nei Servizi alla cui direzione e' preposto;
  - d) per altri gravi motivi.
6. Nei casi di particolare gravita', ovvero qualora le inadempienze che abbiano determinato la

sospensione siano reiterate, il Direttore Generale puo' disporre, con identiche modalita', la revoca del Direttore Sanitario.

**Art. 19.**

*(Direttore amministrativo)*

1. Il Direttore amministrativo e' nominato dal Direttore Generale con provvedimento motivato. La nomina e' fatta sulla base delle disposizioni di cui al decreto legislativo.
2. Il Direttore amministrativo coadiuva il Direttore Generale nel governo dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attivita' di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture Aziendali, con riferimento agli aspetti gestionali amministrativi. Collabora al controllo di gestione dell'Azienda.
3. Al rapporto di lavoro del Direttore amministrativo si applicano le disposizioni di cui all'articolo 18, commi 3, 4, 5 e 6.

**Art. 20.**

*(Consiglio dei sanitari)*

1. Il Consiglio dei sanitari e' organismo elettivo delle Aziende Sanitarie con funzioni di consulenza tecnico Sanitaria ed e' presieduto dal Direttore Sanitario.
2. La Giunta Regionale, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della legge, emana direttive per disciplinare le modalita' di elezione, la composizione ed il funzionamento del Consiglio dei sanitari, sulla base di quanto stabilito dall'articolo 3, comma 12, del decreto legislativo.
3. Nella composizione del Consiglio dei sanitari dell'Azienda in cui insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facolta' di medicina deve essere assicurata la presenza delle componenti universitarie in rapporto alla consistenza numerica delle stesse.
4. Il Consiglio dei sanitari fornisce il parere di cui all'articolo 3, comma 12, del decreto legislativo entro il termine di quindici giorni dal ricevimento della richiesta.

**Art. 21.**

*(Articolazione delle Aziende ospedaliere)*

1. Le AO si articolano nella direzione Generale di cui all'articolo 17 e nelle direzioni operative individuate con i criteri elencati:
  - a) le funzioni amministrative sono organizzate a livello centrale di Azienda e sono svolte in posizione di staff rispetto al Direttore amministrativo della stessa;
  - b) le funzioni Sanitarie sono organizzate su base dipartimentale con le modalita' di cui ai commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11.
2. Il Direttore Generale dell'AO, su proposta del Direttore Sanitario e sentito il Consiglio dei sanitari, provvede alla definizione dei dipartimenti ospedalieri.
3. La definizione dei dipartimenti avviene in funzione del tipo di attivita' effettuata e delle modalita' con cui tale attivita' viene svolta. I dipartimenti possono essere:
  - a) per obiettivi, costituiti fra unita' operative al fine di coordinare l'azione nella prospettiva di un determinato risultato da raggiungere;
  - b) strutturali, costituiti da unita' operative omologhe, omogenee, affini e complementari sotto il profilo delle attivita' o delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate, previa aggregazione delle unita' operative coinvolte secondo il modello delle aree funzionali omogenee.
4. Una unita' operativa non puo' far parte, al tempo stesso, di dipartimenti strutturali diversi.
5. I dipartimenti strutturali sono obbligatori fra unita' operative omologhe dello stesso presidio ospedaliero.

6. Sono finalita' del dipartimento:

- a) la gestione integrata degli spazi e delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilita' interna del personale, per raggiungere il migliore Servizio al costo piu' contenuto;
- b) la sperimentazione e l'adozione di modalita' organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi;
- c) il coordinamento e lo sviluppo delle attivita' cliniche, di ricerca, di studio e di controllo sulla qualita' delle prestazioni;
- d) il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del dipartimento con particolare riferimento al rispetto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso ed al trattamento alberghiero degli utenti.
- e) il miglioramento della qualita' dell'assistenza erogata da perseguire tramite l'efficiente gestione delle risorse disponibili nonche' tramite l'organizzazione delle attivita' libero professionali intra murarie e l'organizzazione delle attivita' di preospedalizzazione, ricovero ordinario e diurno, predisposizione e valutazione di programmi operativi, dimissioni protette.

7. Il dipartimento ospedaliero e' diretto da uno dei dirigenti sanitari di secondo livello delle unita' operative interessate, nominato dal Direttore Generale con provvedimento motivato, su proposta del Direttore Sanitario. I responsabili di dipartimento sono coordinati dal Direttore Sanitario dell'Azienda ospedaliera. Il responsabile di dipartimento assicura il raggiungimento delle finalita' di cui al comma 6, ed in particolare il coordinamento fra le unita' operative che lo compongono ed il rispetto delle risorse finanziarie assegnate.

8. La Giunta Regionale emana direttive, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, per disciplinare le modalita' di funzionamento del dipartimento ospedaliero.

9. Qualora l'AO sia costituita da piu' presidi, il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario, individua, per ogni presidio o gruppi di presidi funzionalmente accorpati, un dirigente Sanitario, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 17 del decreto legislativo, quale responsabile della direzione operativa del presidio stesso.

10. Il Direttore Generale dell'AO puo' individuare specifica struttura organizzativa per lo svolgimento delle funzioni di supporto tecnico logistico alberghiero.

11. In ogni presidio ospedaliero facente capo all'Azienda e' attivato un poliambulatorio, il cui responsabile e' nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario. Il responsabile del poliambulatorio assicura l'organizzazione delle attivita' diagnostiche terapeutiche e ne controlla la qualita'.

## **Art. 22.**

### *(Articolazione delle Unità Sanitarie Locali)*

1. L'USL si articola nella direzione Generale di cui all'articolo 17 e in direzioni operative, individuate con i seguenti criteri:

- a) le funzioni amministrative sono organizzate sia a livello centrale di Azienda che a quello di distretto socio Sanitario e presidio ospedaliero e sono svolte in posizione di staff rispetto al Direttore amministrativo dell'Azienda, ovvero rispetto ai responsabili della gestione complessiva dei distretti socio sanitari e dei presidi ospedalieri;
- b) le funzioni Sanitarie sono organizzate in forma aggregata su base Aziendale per aree tematiche ovvero per aree di intervento.

2. I presidi ospedalieri, eventualmente accorpati ai fini funzionali, i distretti socio sanitari ed i Servizi del dipartimento di prevenzione di cui all'articolo 23, sono strutture operative dell'USL.

3. Le attivita' Sanitarie all'interno dei presidi ospedalieri sono organizzate secondo quanto previsto all'articolo 21.

## **Art. 23.**

### *(Dipartimento di prevenzione)*

1. Il dipartimento di prevenzione e' la struttura dell'USL che opera in stretto coordinamento con il Direttore Sanitario e che e' preposta all'organizzazione ed alla promozione, nel territorio di competenza, delle attivita' di tutela della salute della popolazione e in particolare, al controllo ed alla rimozione dei fattori di rischio.
2. Sono finalita' del dipartimento di prevenzione:
  - a) assicurare la qualita' e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
  - b) garantire l'omogeneita' degli interventi di prevenzione;
  - c) ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione.
3. Il dipartimento di prevenzione e' articolato almeno nei seguenti Servizi:
  - a) igiene e sanita' pubblica;
  - b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
  - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
  - d) veterinario, articolato in tre aree funzionali distinte:
    - 1) sanita' animale;
    - 2) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
    - 3) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
4. Ferme restando le attribuzioni, quali autorita' Sanitarie, del Sindaco e del Presidente della Giunta Regionale previste dalle vigenti norme, le funzioni amministrative in materia di igiene, sanita' pubblica e veterinaria delle USL sono attribuite al dipartimento di prevenzione.
5. Il Direttore Generale nomina il responsabile del dipartimento di prevenzione, su proposta del Direttore Sanitario, scegliendolo tra i responsabili dei Servizi di cui al comma 3. Il responsabile del dipartimento conserva la direzione del proprio Servizio.
6. Il dirigente preposto al dipartimento di prevenzione e' responsabile dell'assetto organizzativo complessivo della struttura, integra obiettivi, attivita', risorse delle diverse unita' operative, con un'azione di programmazione, coordinamento e controllo. Al responsabile del dipartimento spetta la gestione delle risorse attribuite e la direzione degli operatori, assegnati dalla direzione Generale, al fine del raggiungimento degli obiettivi prefissati.
7. Il dipartimento di prevenzione o i Servizi nei quali si articola possono svolgere, sulla base di indirizzi regionali e di accordi e programmi concordati tra le Aziende Sanitarie interessate, funzioni a favore di piu' USL.
8. La Giunta Regionale emana direttive per disciplinare le modalita' di raccordo funzionale, all'interno dell'USL tra dipartimento di prevenzione e distretti socio sanitari.
9. Con provvedimento della Giunta Regionale verranno altresì disciplinati i rapporti fra i dipartimenti di prevenzione, Province e Agenzia Regionale per la protezione ambientale di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496, convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61.
10. La Giunta Regionale, con atto adottato sulla base delle norme regionali di programmazione Sanitaria, individua le modalita' di raccordo funzionale fra i dipartimenti di prevenzione e gli istituti zooprofilattici per il coordinamento dell'attivita' di sanita' pubblica veterinaria.

#### **Art. 24.**

*(Distretto socio Sanitario)*

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4 della L.R. 39/1994, il distretto socio Sanitario costituisce struttura operativa dell'USL.
2. Il Direttore Generale, su proposta del Direttore Sanitario e sentito il Consiglio dei sanitari, nomina il responsabile del distretto, scegliendolo fra il personale di livello dirigenziale in possesso di laurea e di comprovata capacita' organizzativa.
3. Al responsabile del distretto e' assegnata una specifica dotazione finanziaria, nella quale sono contabilizzate tutte le prestazioni richieste o comunque erogate a favore dei residenti dell'ambito

territoriale di competenza.

4. Le risorse umane, tecnologiche ed operative necessarie per la produzione ed erogazione dei Servizi di competenza del distretto sono attribuite al responsabile del distretto, che ne dispone per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

#### **Art. 25.**

*(Vigilanza e controllo)*

1. Le Aziende Sanitarie forniscono all'Assessorato regionale competente in materia di sanità, nei tempi e con le modalità stabilite dallo stesso per il sistema informativo Sanitario Regionale, tutte le informazioni necessarie per la valutazione delle loro attività'.

2. Il Direttore Generale, nell'ambito delle funzioni di supporto della direzione Generale di cui al comma 3 dell'articolo 17, istituisce una apposita struttura di controllo interno come previsto dall'articolo 20 del D.Lgs. n. 29/1993 e successive modificazioni ed integrazioni, per la verifica, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché dell'imparzialità e del buon funzionamento dell'azione amministrativa.

3. La Regione esercita la vigilanza e il controllo sull'attività' delle Aziende Sanitarie mediante:

a) la continua attività' ispettiva svolta dalle strutture dell'Assessorato regionale competente in materia di sanità';

b) il controllo degli atti del Direttore Generale, così' come individuati dall'articolo 27 che modifica il comma 1 dell'articolo 2 della L.R. 31/1992.

#### **Art. 26.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 1)*

1 L'articolo 1 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"Art. 1.

1. Il controllo preventivo sugli atti del Direttore Generale delle Aziende Sanitarie, in ambito Sanitario, e' esercitato, con le modalità' indicate negli articoli seguenti, dalla Giunta Regionale, che si avvale per l'istruttoria dei settori dell'Assessorato Regionale competente in materia di sanità'. Alla Giunta Regionale e' demandata l'adozione delle misure organizzative atte a garantire, anche mediante l'obbligatoria indizione di conferenze di Servizi intersettoriali, l'esame contestuale in sede istruttoria delle problematiche connesse all'atto sottoposto a controllo."

#### **Art. 27.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 2)*

1. Il comma 1 dell'articolo 2 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"1. La Giunta Regionale esercita le funzioni di controllo preventivo limitatamente agli atti sottoelencati delle Aziende Sanitarie:

a) il programma di attività' triennale e relative variazioni;

b) il programma di attività' annuale e relative variazioni;

c) la destinazione dell'eventuale avanzo;

d) la proposta per la copertura della perdita d'esercizio e per il riequilibrio della situazione economica;

e) il bilancio consuntivo di esercizio;

f) il piano di organizzazione e le sue eventuali variazioni;

g) la disciplina dei rapporti con l'Università'".

**Art. 28.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 3)*

1. L'articolo 3 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"Art. 3.

1. Gli atti sottoposti al controllo della Giunta Regionale devono essere trasmessi al settore regionale competente, al fine dell'istruttoria entro quindici giorni dalla loro adozione a pena di decadenza. Le procedure e le modalita' operative per la relativa trasmissione sono disciplinate con provvedimento della Giunta Regionale.

2. Gli atti, non soggetti al controllo e non dichiarati immediatamente esecutivi, sono efficaci trascorsi dieci giorni dalla pubblicazione all'albo della sede dell'Azienda Sanitaria."

**Art. 29.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 4)*

1. Il comma 1 dell'articolo 4 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"1. Quando l'atto inviato per il controllo manca dei requisiti formali o presenta errori materiali, l'Assessore Regionale competente in materia di sanita' puo' invitare l'Azienda Sanitaria interessata a regolarizzare l'atto in tempo utile per l'esercizio del controllo."

**Art. 30.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 5)*

1. Il comma 2 dell'articolo 5 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"2. Il termine per l'esercizio del controllo puo' essere interrotto una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti e/o di elementi integrativi di giudizio, da parte dell'Assessore Regionale competente in materia di sanita'. In tal caso i chiarimenti richiesti devono essere trasmessi al Settore Regionale competente, al fine dell'istruttoria, entro trenta giorni dalla richiesta a pena di decadenza e da tale data decorre nuovamente il termine per l'esercizio del controllo."

**Art. 31.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31 art. 6)*

1. L'articolo 6 della L.R. 31/1992 e' sostituito dal seguente:

"Art. 6.

1. La Giunta Regionale, entro i termini stabiliti per l'esercizio delle funzioni di controllo, puo':

a) dichiarare la nullita' o la decadenza per legge dell'atto sottoposto a controllo;

b) pronunciarne l'annullamento o la non approvazione;

c) approvare l'atto medesimo.

2. Le decisioni di cui al comma 1 e la richiesta di chiarimenti e/o di elementi integrativi di giudizio di cui al comma 2 dell'articolo 5 sono comunicate all'Azienda Sanitaria interessata entro la scadenza del termine di controllo a mezzo di telegramma, fonogramma, telefax o posta elettronica. La comunicazione contiene il testo integrale del dispositivo del provvedimento.

3. Il testo integrale del provvedimento della Giunta Regionale, ad esclusione di provvedimenti di approvazione, e' comunicato entro trenta giorni all'Azienda Sanitaria interessata."

**Art. 32.**

*(Modifiche alla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31)*

1. Il termine "Unita' socio Sanitaria locale" (USSL) e' sostituito nell'intero articolato della L.R. 31/1992 dal termine "Azienda Sanitaria".

**Art. 33.**  
*(Controllo di qualita')*

1. La Regione allo scopo di garantire la qualita' dell'assistenza nei confronti della Generalita' dei cittadini adotta in via ordinaria il metodo della verifica e revisione della qualita' e del numero delle prestazioni, nonche' del loro costo.
2. Per la realizzazione del metodo di verifica e revisione della qualita' e del numero complessivo delle prestazioni la Giunta Regionale:
  - a) definisce il sistema di indicatori generali di qualita' che le Aziende Sanitarie e le istituzioni Sanitarie pubbliche e private accreditate sono tenute ad adottare e l'organizzazione del relativo sistema di rilevazioni e controlli;
  - b) definisce gli indirizzi per l'organizzazione e l'interpretazione delle informazioni per il raccordo organico delle attivita' della medicina di base, della prevenzione e della assistenza sociale con gli altri Servizi sanitari.
3. La relazione annuale sull'attuazione del piano socio Sanitario Regionale fornisce al Consiglio Regionale gli elementi di conoscenza necessari a valutare i livelli di efficacia e di efficienza raggiunti in relazione agli indicatori generali di cui al comma 2, lettera a).

**Art. 34.**  
*(Partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini)*

1. La Giunta Regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della legge, recepito obbligatoriamente il parere della Commissione consiliare competente, emana direttive che garantiscano la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini ai sensi dell'articolo 14 del decreto legislativo e della legge 7 agosto 1990, n. 241.
2. I direttori Generali delle Aziende Sanitarie definiscono, sentiti gli organismi di volontariato e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, le modalita' e i tempi di raccolta e valutazione delle loro osservazioni in merito alla gestione dei Servizi ed all'erogazione delle prestazioni.
3. Presso ciascuna Azienda Sanitaria e' istituito, in posizione di staff alla direzione Generale, un ufficio per i rapporti con l'utenza, nel quale saranno chiamati ad operare dipendenti dell'Azienda stessa, con le seguenti funzioni:
  - a) favorire l'orientamento dei cittadini all'interno delle strutture dell'Azienda, attraverso l'attivazione di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalita' d'accesso ai Servizi pubblici e privati accreditati;
  - b) supportare il cittadino nell'ottenere dall'Azienda medesima le prestazioni Sanitarie che gli spettano di diritto, attivandosi in collaborazione con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti affinche' vengano adottate le misure necessarie per rimuovere gli eventuali disServizi.
4. Ulteriori disposizioni sull'organizzazione e sul funzionamento dell'ufficio potranno essere impartite dalla Giunta Regionale in sede di emanazione delle direttive di cui al comma 1.

**Titolo IV. Norme finali e transitorie**

**Art. 35.**  
*(Disposizioni in materia di personale)*

1. Fino all'approvazione regionale degli organigrammi Aziendali previsti dall'articolo 16, comma 3, le Piante organiche (PO) delle Aziende Sanitarie sono determinate nel modo seguente:
  - a) per le Unita' Sanitarie Locali dalla sommatoria delle PO delle USSL gia' facenti parte del relativo ambito territoriale, tenuto conto delle determinazioni assunte ai sensi dell'articolo 3, comma 5 della legge 24 dicembre 1993, n. 537;
  - b) per le AO dai posti gia' funzionalmente afferenti agli stabilimenti e alle strutture ospedaliere

conferiti all'Azienda medesima, nonché dai posti già assegnati ai Servizi Generali della estinta USSL. Il Direttore Generale della USL che, per effetto della temporanea assegnazione dei posti ricompresi nei Servizi Generali, non sia più in grado di garantire in modo soddisfacente l'espletamento delle relative funzioni, può richiedere alla AO di avvalersi del personale che ricopre i posti suddetti. Le modalità organizzative e gli aspetti finanziari sono disciplinati con apposita convenzione. In caso di disaccordo l'Assessore Regionale competente in materia di sanità interviene con proprio atto vincolante per le parti.

2. Il Direttore Generale, entro novanta giorni dall'approvazione regionale dell'organigramma Aziendale, provvede all'assegnazione definitiva del personale, tenendo conto della corrispondenza fra le funzioni di cui all'articolo 4 della legge regionale 23 aprile 1990, n. 47, e quelle attribuite alle nuove strutture comunque definite nonché dei compiti già formalmente assegnati al personale.

3. Qualora si configurino situazioni soprannumerarie, l'assegnazione definitiva avviene, per le figure dirigenziali, su designazione del Direttore Generale e, per il restante personale, con le modalità previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 35, comma 1, punto a) del D.Lgs. n. 29/1993 ovvero, in sua mancanza, sulla base di specifiche graduatorie che tengano conto dell'anzianità maturata nella posizione funzionale di inquadramento e della volontà espressa dall'interessato.

4. Per situazione soprannumeraria s'intende l'esubero di personale provvisoriamente assegnato rispetto all'organico complessivo con riferimento alle singole posizioni funzionali.

5. Indipendentemente da quanto previsto nelle emanate disposizioni regionali attuative del D.Lgs. n. 29/1993 e successive modificazioni ed integrazioni, sui criteri per l'attuazione della mobilità del personale in esubero, al personale risultato in soprannumero e già appartenente alle USSL cui è subentrata una pluralità di Aziende Sanitarie, è riconosciuto diritto di assegnazione ai posti vacanti di pari posizione funzionale e disciplina, presso le nuove aziende subentranti.

6. Fino all'approvazione del piano di organizzazione di cui all'articolo 16, resta in vigore il regolamento dei Servizi adottato in attuazione della L.R. n. 47/1990, per la parte compatibile con quanto disposto dall'ultimo periodo del comma 7 dell'articolo 3 del decreto legislativo e fatta salva la possibilità di procedere all'unificazione funzionale di determinati Servizi e delle relative responsabilità.

7. Il Direttore Generale, perdurando il regime transitorio di cui all'articolo 17, comma 11, del decreto legislativo ed in assenza di personale medico che abbia conseguito l'idoneità in "Igiene e organizzazione dei Servizi ospedalieri", individua, su proposta del Direttore Sanitario, il dirigente Sanitario responsabile della direzione operativa del presidio ospedaliero o dei presidi funzionalmente accorpati fra coloro che siano in possesso dei requisiti per l'ammissione agli esami di idoneità nazionale per la medesima disciplina.

#### **Art. 36.**

*(Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica)*

1. Fino all'entrata in vigore della legge e della revisione dell'organizzazione dei Servizi psichiatrici da attuarsi in conformità con quanto previsto dalla L.R. n. 39/1994 e dalla presente legge, continua a trovare applicazione la legge regionale 23 ottobre 1989 n. 61.

2. Qualora, per effetto del mutato ambito territoriale delle USL o dell'intervenuta aziendalizzazione di taluni presidi ospedalieri, venga meno la corrispondenza fra i bacini di utenza, rispettivamente serviti dai Servizi dipartimentali psichiatrici e dalle nuove Aziende Sanitarie, si provvede, fra Azienda ove è ubicata la struttura dipartimentale e Azienda cui pertiene la popolazione servita, alla stipula di convenzione, diretta a far gravare, su quest'ultima, il costo del Servizio erogato.

#### **Art. 37.**

*(Disposizione in materia di programmazione)*

1. Fino all'adeguamento del PSSR secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo, lo strumento della programmazione locale consiste nel programma di attività annuale. Tale programma deve essere adottato dal Direttore Generale entro sessanta giorni dalla sua nomina e deve contenere l'indicazione di tutti gli interventi da concretizzarsi nell'anno 1995, con la quantificazione della relativa spesa.

**Art. 38.**

*(Attività sovrazonali)*

1. Fino all'approvazione del piano di organizzazione di cui all'articolo 16 da parte dei direttori Generali delle USL torinesi sono attribuite alle USL nelle quali sono confluite le cessate USSL subcomunali le funzioni sovrazonali da queste precedentemente svolte a bacino di attività cittadino ed extracittadino e dalle stesse gestite in attuazione delle norme regionali e delle deliberazioni comunali relative al decentramento della disciolta USSL Torino 1/23.

2. Per la gestione di tali attività verranno attribuiti specifici finanziamenti alle Aziende USL in cui sono confluiti i Servizi delle USSL cessate.

**Art. 39.**

*(Attività di controllo)*

1. Dall'entrata in vigore della presente legge, il controllo sugli atti delle USSL adottati dal Commissario straordinario ed individuati ai sensi dell'articolo 4, comma 8, della legge n. 412/1991, nonché sul conto consuntivo per l'esercizio 1994 e sul bilancio di previsione per l'esercizio 1995, predisposto ai sensi dell'articolo 10, comma 1, della L.R. n. 39/1994, è esercitato dalla Giunta Regionale nei termini e con le modalità previste dalla legge regionale 30 giugno 1992, n. 31, così come modificata dalla presente legge.

**Art. 40.**

*(Comunità Montane)*

1. All'articolo 4 della legge regionale 22 settembre 1994, n. 39, dopo il comma 7 è aggiunto il seguente comma:  
" 7. bis. Qualora l'ambito territoriale del distretto coincida con quelli di una Comunità Montana, la delega di cui al comma 7 deve essere conferita al Presidente delle Comunità".

**Art. 41.**

*(Abrogazione di norme)*

1. La legge regionale 21 gennaio 1980, n. 3 e successive modificazioni ed integrazioni, di cui alle leggi regionali 27 ottobre 1980, n. 75; 28 novembre 1980, n. 76; 3 settembre 1981, n. 34; 21 gennaio 1982, n. 2; 23 agosto 1982, n. 20; 11 febbraio 1985, n. 9; 18 febbraio 1985, n. 10; 23 febbraio 1985, n. 14; 13 agosto 1986, n. 35; 28 novembre 1989, n. 71; 13 novembre 1990, n. 53, è abrogata.

2. La legge regionale 22 agosto 1983, n. 10 e successive modificazioni ed integrazioni, di cui alle leggi regionali 28 novembre 1989, n. 71 e 13 novembre 1990, n. 53, è abrogata.

3. Gli articoli 12 e 13 della L.R. n. 47/1990 sono abrogati. Le rimanenti disposizioni della medesima legge restano in vigore fino all'approvazione regionale dei piani di organizzazione adottati dai direttori Generali delle singole Aziende Sanitarie.

4. Sono altresì abrogate le disposizioni regionali in materia di ordinamento ed organizzazione delle USSL incompatibili con quanto previsto dalla legge.

**Art. 42.**

*(Dichiarazione d'urgenza)*

1. La presente legge e' dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 127 della Costituzione e dell'articolo 45 dello Statuto ed entra in vigore il giorno della sua pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione (BUR), ai sensi dell'articolo 45, comma 4, dello Statuto.