

Lazio

Legge regionale 4 febbraio 1975, n. 15

Norme per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Legge regionale 12 gennaio 1976, n. 2

Riorganizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali della Regione e istituzione delle unità locali per i servizi sociali e sanitari.

Legge regionale 13 giugno 1983, n. 38

Nuovo inquadramento nella qualifica di infermiere professionale o vigilatrice di infanzia degli infermieri generici e psichiatrici già in posizione di ruolo nelle Unità Sanitarie Locali.

Legge regionale 20 settembre 1993, n. 55

Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18

Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle aziende.

Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4

Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali.

Legge regionale 3 agosto 2004, n. 9

Istituzione dell'Azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118.

Legge regionale 12 giugno 2015, n. 7

Istituzione del registro tumori di popolazione della Regione Lazio.

Legge regionale 25 novembre 2019, n. 25

Disposizioni in materia di tutela della salute sessuale e della fertilità maschile.

Legge regionale 5 dicembre 2019, n. 27

Disposizioni per promuovere la conoscenza delle tecniche salvavita della disostruzione delle vie aeree e della rianimazione cardiopolmonare anche con l'impiego del defibrillatore nonché delle tecniche di primo soccorso

Legge regionale 30 marzo 2021, n. 5

Disposizioni per l'istituzione e la promozione di un percorso a elevata integrazione socio-sanitaria in favore di persone con disabilità "Non collaboranti".

Legge regionale 30 novembre 2021, n. 17

Istituzione dell'Azienda regionale sanitaria Lazio.0.

Lazio

Legge regionale 4 febbraio 1975, n. 15 – Norme per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera (*Articoli estratti*).

Art. 1

A decorrere dalla data indicata nel decreto del Ministro per la Sanità di cui al comma 4 dell'art. 12 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386, la Regione Lazio eroga gratuitamente l'assistenza ospedaliera ai cittadini italiani, ad eccezione dei soggetti di cui all'art. 7, indipendentemente dalla forma morbosa, con le modalità previste dalla presente legge, riconoscendo la libera scelta dell'istituto di cura.

La Regione garantisce, inoltre, l'assistenza ospedaliera ai cittadini stranieri che ne abbiano titolo in base alle convenzioni ed agli accordi internazionali o che fruiscono di facilitazioni a carico di organismi assistenziali italiani.

La Regione, nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, darà particolare impulso agli aspetti preventivi e riabilitativi dell'assistenza stessa, favorendo in particolare, ai fini del coordinamento degli interventi sanitari a livello locale, lo svolgimento delle attività ambulatoriali ed extra-murarie degli ospedali.

Art. 2

A decorrere dalla data indicata nel precedente articolo, la Regione Lazio eroga senza limiti di durata, in forma diretta e con criteri di uniformità, a prescindere dall'iscrizione nei registri anagrafici, l'assistenza ospedaliera a tutti i soggetti assistiti da enti e casse mutue di malattia anche aziendali, che erogano, a qualsiasi titolo, assistenza di malattia, indipendentemente dall'evento morboso che l'ha causata.

L'assistenza ospedaliera in forma diretta viene altresì erogata agli iscritti negli appositi ruoli regionali di cui all'art. 13 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 e ai non abbonati iscritti negli elenchi comunali degli aventi diritto all'assistenza medico-chirurgica ed ostetrica gratuita, prevista dall'art. 55 del testo unico delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265 (1).

(1) Comma così modificato dall'art. 1 della legge regionale 4 febbraio 1975, n. 16.

Art. 3

Per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in forma diretta, la Regione si avvale degli ospedali nonché, a seguito di apposite convenzioni stipulate ai sensi dell'art. 10, delle cliniche ed istituti universitari, degli istituti a carattere scientifico, degli istituti ed enti di cui all'art. 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, degli enti di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817 e delle case di cura private, in possesso dei requisiti prescritti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Art. 4

I ricoveri presso gli ospedali della Regione degli aventi diritto non sono soggetti ad alcuna autorizzazione preventiva.

Il titolo all'assistenza ospedaliera gratuita deve essere esibito all'ente ospedaliero presso cui avviene il ricovero, il quale deve registrare gli estremi della documentazione prodotta dall'assistito.

Sono titoli valevoli ai fini di cui al comma precedente i libretti o documentazione equivalente, rilasciati dagli enti mutualistici, ivi comprese le casse mutue aziendali, i certificati rilasciati dai Comuni attestanti l'iscrizione nell'elenco dei non abbonati nonché i certificati attestanti l'iscrizione negli elenchi di cui al successivo art. 17.

In mancanza di tale documentazione l'assistito o un familiare possono sottoscrivere una dichiarazione attestante l'appartenenza ad una delle categorie degli aventi diritto. In caso di falsa dichiarazione si applicano le norme di cui all'art. 495 del codice penale.

In ogni caso la mancata esibizione del titolo all'atto del ricovero non può costituire motivo di rifiuto del ricovero stesso.

Art. 5

Sulla necessità ed urgenza del ricovero decide il medico di guardia il quale a tal fine deve avvalersi di tutti i mezzi necessari, nonché della documentazione sanitaria in possesso del richiedente.

Il ricovero, ad eccezione dei casi di comprovata urgenza, può essere anche subordinato a particolari accertamenti diagnostici preliminari.

L'ammissione degli infermi negli ospedali è fatta sotto la vigilanza del Direttore sanitario il quale decide sulle eventuali contestazioni in ordine al ricovero.

Resta salvo quanto previsto dall'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128 per quanto riguarda la mancata accettazione dell'infermo da parte dell'ospedale e per quanto altro non previsto dal presente articolo. Ai fini dell'applicazione del presente articolo, la Regione promuoverà la riorganizzazione su base dipartimentale dei servizi di accettazione e di pronto soccorso, in modo da assicurare condizioni di uniformità nel ricovero degli infermi.

La degenza non deve prolungarsi oltre il tempo strettamente necessario per gli accertamenti diagnostici e le cure.

Art. 6

Gli enti ospedalieri assicurano l'uniformità delle cure mediche, chirurgiche e farmacologiche e quella degli accertamenti diagnostici e di ogni altro trattamento sanitario.

(*Omissis*) (1)

(*Omissis*) (1)

(1) Commi abrogati dall'art. 6 della legge regionale 20 settembre 1993, n. 55.

Art. 7

Il ricovero degli infermi non aventi diritto alle prestazioni ospedaliere gratuite comporta il pagamento di una quota giornaliera di degenza omnicomprensiva.

La tariffa di cui al presente articolo è determinata annualmente con deliberazione della Giunta regionale, per le diverse categorie di ospedali di cui all'art. 20 della legge 12 febbraio 1968, n. 132 tenuto conto del costo medio determinato in via preventiva dagli enti ospedalieri per l'esercizio in corso.

Per il 1975 detta tariffa viene fissata dai singoli ospedali nella misura della retta di degenza 1974, aumentata del 20 per cento.

L'ente ospedaliero addebiterà la quota di degenza di cui al 1° comma a carico dell'interessato.

In caso di inadempienza, l'ente ospedaliero darà corso nei confronti dell'interessato alla procedura di rivalsa a norma di legge.

La mancanza del diritto alle prestazioni ospedaliere gratuite non può in alcun caso comportare il rifiuto di prestazioni di urgenza.

Art. 9

I soggetti aventi diritto all'assistenza ospedaliera gratuita a norma della presente legge possono ricoverarsi presso le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti di cui all'art. 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché presso quelli di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817, purché abbiano avuto il riconoscimento di cui all'art. 129 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 130, convenzionati ai sensi del successivo art. 10, comma 1.

I ricoveri presso i predetti istituti non sono soggetti ad alcuna autorizzazione preventiva, trovando applicazione quanto previsto per i ricoveri presso gli enti ospedalieri nei precedenti articoli.

Gli aventi diritto possono, altresì, ricoverarsi presso le

case di cura private, convenzionate con la Regione ai sensi del successivo art. 10, comma 2.

I ricoveri nelle case di cura private sono soggetti a preventiva autorizzazione della Regione.

L'autorizzazione viene rilasciata dall'ufficiale sanitario del Comune dove ha sede l'istituto di cura prescelto, dai medici provinciali o dagli altri medici a ciò incaricati dalla Regione.

L'autorizzazione fissa anche il periodo del ricovero, che potrà essere prolungato, con successiva autorizzazione regionale.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere subordinato ad accertamenti diagnostici particolari.

Nel caso di ricovero di urgenza, in mancanza della prescritta autorizzazione, la casa di cura dovrà notificare, entro tre giorni, l'avvenuto ricovero all'ufficiale sanitario, indicando il periodo presumibile della degenza.

Il ricovero presso gli istituti sopra indicati non deve, in ogni caso, prolungarsi oltre il tempo strettamente necessario per gli accertamenti e le cure.

Art. 10

Per l'assolvimento dei compiti in materia di assistenza ospedaliera la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, stipula apposite convenzioni con le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti di cui all'art. 1, penultimo comma, della legge 12 febbraio 1968, n. 132, nonché quelli di cui alla legge 26 novembre 1973, n. 817.

La Giunta regionale può stipulare, inoltre, fino all'adeguamento della rete ospedaliera del Lazio, convenzioni con le case di cura private, purché in possesso dei requisiti previsti dalla legge 12 febbraio 1968, n. 132.

In attesa dell'approvazione da parte del Consiglio dei Ministri degli schemi di convenzione di cui al secondo comma dell'art. 18 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 continuano ad avere efficacia le convenzioni in atto all'entrata in vigore del decreto legge predetto, intendendosi sostituita la Regione Lazio all'ente mutualistico stipulante (1).

Sempre nelle more dell'emanazione degli schemi di convenzione di cui al precedente comma, la Giunta regionale, in via eccezionale, può stipulare nuove convenzioni a titolo provvisorio con gli istituti e le case di cura di cui all'art. 18 del decreto legge sopracitato.

Per le case di cura private, la Giunta regionale deve accertare che le norme tecniche costruttive, i requisiti, le attrezzature ed i servizi di cui le medesime sono dotate siano conformi ai principi contenuti nelle norme vigenti per gli ospedali pubblici. La Giunta regionale deve accertare, inoltre, che le norme sull'ordinamento dei servizi e del personale garantiscano l'efficacia della funzione assistenziale e l'idoneità ad assolvere soddisfacentemente gli impegni della convenzione, con riferimento anche al rispetto del contratto nazionale collettivo di lavoro.

Le convenzioni devono consentire l'accesso gratuito alle cure ospedaliere.
In ogni caso l'ammontare delle spese derivanti dall'applicazione delle convenzioni stipulate con le case di cura private non può superare la spesa media sostenuta per le stesse prestazioni dagli enti ospedalieri del Lazio. Nulla è innovato per quanto riguarda la convenzione stipulata tra il Pio Istituto di S. Spirito e Ospedali Riuniti di Roma e l'Università di Roma ai sensi dell'art. 4 del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 129 e dell'art. 2 della legge 16 maggio 1974, n. 200.

(1) Comma così modificato dall'art. 1 della legge regionale 4 febbraio 1975, n. 16.

Art. 11 (1)

Sino alla data di entrata in vigore della riforma sanitaria, la Regione eroga l'assistenza ospedaliera in forma indiretta nei confronti dei soggetti assistibili che ne abbiano diritto in base ai vigenti ordinamenti dei rispettivi enti o casse mutue malattia, residenti nel territorio della Regione Lazio, qualora gli stessi non si avvalgano dell'assistenza ospedaliera erogata in forma diretta dalla Regione.

I ricoveri degli aventi diritto presso istituti di cura non convenzionati o in classi diverse da quelle convenzionate sono subordinati ad autorizzazione da parte della Regione.

Per i ricoveri da effettuarsi presso istituti di cura non convenzionati ubicati nella Regione, l'autorizzazione viene rilasciata con le modalità di cui all'art. 9. In caso di ricovero d'urgenza l'istituto di cura ha l'obbligo di notificare all'ufficiale sanitario l'avvenuto ricovero nel termine e con le modalità di cui all'articolo stesso.

Per i ricoveri da effettuarsi presso istituti di cura ubicati fuori del territorio regionale, l'autorizzazione viene rilasciata dal medico provinciale, ovvero, per sua delega, dall'ufficiale sanitario del Comune di residenza, secondo le modalità di cui al precedente art. 9. In caso di ricoveri d'urgenza fuori del territorio regionale, l'avente diritto ha l'obbligo di notificare, entro tre giorni, l'avvenuto ricovero al medico provinciale, trasmettendo apposita certificazione dell'istituto di cura, con l'indicazione della durata presumibile della degenza.

I ricoveri di urgenza di cui al presente articolo possono essere riconosciuti solo quando l'urgenza stessa sia debitamente comprovata e giustificata in relazione al motivo del ricovero.

La Giunta regionale determina, a norma dell'art. 12, comma 3, del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 la quota di rimborso per gli aventi diritto all'assistenza ospedaliera che si ricoverino in istituti di cura non convenzionati o in classe diverse da quelle convenzionate, in una misura pari alla spesa media sostenuta dalla Regione per analoghe prestazioni, tenuto conto del tipo di malattia e della durata media della relativa degenza, nelle case di cura private convenzionate ubicate nella Regione stessa.

Il rimborso della quota come sopra determinata agli aventi diritto viene effettuato dal funzionario delegato dietro presentazione, entro il 30° giorno dal dimissionamento, della documentazione di spesa nonché dalla cartella clinica o - per gli istituti di cura ubicati nella Regione - della scheda nosologica di cui al successivo art. 12 (2).

(1) Articolo così sostituito dall'art. 1 della legge regionale 3 giugno 1975, n. 40.

(2) Comma così sostituito dall'art. 7 della legge regionale 3 luglio 1978, n. 26.

Art. 12

Gli enti ospedalieri e gli istituti e le case di cura convenzionate sono tenuti a compilare ed inviare all'Assessorato regionale alla sanità per ciascun ricoverato, una scheda nosologica individuale secondo il modello che verrà predisposto dal medesimo Assessorato.

(*Omissis*) (1)

In ogni caso, gli enti ospedalieri e gli istituti di cui al primo comma dell'art. 10, nonché le case di cura private sono tenuti a fornire tutte le notizie e i dati statistici relativi ai ricoveri che saranno richiesti da parte degli organi regionali.

Le informazioni richieste dall'ISTAT limitatamente ai dati di ricovero, vengono forniti al predetto istituto direttamente dalla Regione.

(1) Comma soppresso dal comma 1, punto 2, dell'art. 1 della legge regionale 3 giugno 1975, n. 40.

Art. 13

È fatto obbligo agli enti ospedalieri e agli istituti di ricovero e cura di cui all'art. 12 del decreto legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito nella legge 17 agosto 1974, n. 386 di comunicare al competente ente gestore di assistenza malattia la data del ricovero, con la relativa diagnosi e, al termine della degenza, la data del dimissionamento del ricoverato avente diritto alla indennità economica di malattia.

Art. 14

L'Assessorato alla sanità può disporre i controlli necessari in ordine ai ricoveri effettuati presso gli istituti e case di cura convenzionati e non convenzionati a mezzo degli ufficiali sanitari dei medici provinciali e degli altri medici a ciò incaricati.

In particolare per le case di cura private la Regione svolge controlli sanitari sulla necessità del ricovero, sulla rispondenza delle prestazioni alle obiettive esigenze terapeutiche in relazione alla diagnosi del medico curante, nonché sulla durata del ricovero.

Qualora il sanitario ispettore pervenga a valutazioni diverse da quelle del medico curante, redige, in contraddittorio, apposito verbale da sottoscrivere anche dal sanitario curante.

Il verbale è redatto in duplice copia, di cui una è consegnata al sanitario curante e l'altra è rimessa al competente ufficio regionale.

L'Assessore competente, per delega del Presidente della Giunta regionale, su conforme parere di un Collegio di tre esperti della specialità, estratti a sorte tra i primari in servizio presso enti ospedalieri della Regione, decide entro 60 giorni, con provvedimento motivato, sull'esigenza del ricovero, nonché sulla rispondenza della prestazione sanitaria e della sua durata alle obiettive necessità del paziente, Tale provvedimento è definitivo.

Ove la decisione non sia emessa nei termini di cui sopra, si intendono confermate le determinazioni del sanitario curante.

La decisione dell'Assessore alla sanità definisce altresì la liquidazione parziale o totale degli oneri relativi al ricovero oggetto di contestazione alla casa di cura convenzionata ovvero al soggetto al quale è stata rilasciata impegnativa al rimborso ai sensi dell'art. 7.

Art. 15

La Regione Lazio, a decorrere dalla data di cui al primo comma dell'art. 2, nei limiti previsti dalle rispettive norme, eroga altresì l'assistenza ospedaliera agli invalidi civili e agli altri soggetti di cui alla legge 30 marzo 1971, n. 118, agli affetti da malattie veneree, ai tubercolotici e agli altri soggetti che ne hanno titolo ai sensi delle norme vigenti con le medesime modalità previste per i soggetti di cui all'art. 1.

Limitatamente all'anno 1975, la Giunta regionale determina, sulla base delle relative spese sostenute nell'anno precedente, la quota parte delle somme iscritte nello stato di previsione della spesa del bilancio regionale, destinata alla assistenza ospedaliera degli hanseniani, degli affetti da tubercolosi e degli affetti da malattie veneree, che dovrà essere versata al fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera.

Art. 16

La Regione assicura sempre a decorrere dalla data di cui al primo comma dell'art. 2 della presente legge, secondo i vigenti ordinamenti degli enti mutualistici, l'assistenza ospedaliera all'estero nei confronti degli aventi diritto residenti nella Regione Lazio che si rovinano fuori del territorio nazionale per ragioni di lavoro (1).

Sino all'entrata in vigore della legge di riforma sanitaria restano ferme le norme di cui al regio decreto legge 23 settembre 1937, n. 1918, convertito nella legge 24 aprile 1938, n. 831 relative all'assistenza dei marittimi all'estero.

Gli oneri sostenuti dalle casse marittime per l'assistenza ospedaliera all'estero sono rimborsati dalla Regione.

(1) Comma così modificato dal comma 1, punto 3, dell'art. 1 della legge regionale 3 giugno 1975, n. 40.

Legge regionale 12 gennaio 1976, n. 2 – Riorganizzazione ed integrazione dei servizi sanitari e sociali della Regione e istituzione delle unità locali per i servizi sociali e sanitari (*Articoli estratti*).

Titolo I
Finalità e obiettivi

Art. 1

La Regione, in attesa della riforma sanitaria e di quella dell'assistenza, promuove la programmazione sanitaria regionale, la riorganizzazione e l'integrazione dei servizi sociali e sanitari al fine di pervenire alla unificazione degli interventi diretti alla tutela globale della salute dei cittadini.

Le finalità di cui al comma precedente sono perseguite mediante:

- a) la costituzione di consorzi tra i comuni, le Province e le comunità montane per la gestione in comune di tutti i servizi sociali e sanitari di competenza degli enti stessi;
- b) la delega agli enti locali delle funzioni amministrative della Regione in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e di assistenza pubblica;
- c) il coordinamento di tutte le strutture sociali e sanitarie esistenti nel territorio;
- d) il piano sanitario e ospedaliero regionale;
- e) il piano regionale delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

Art. 2

Il complesso dei servizi gestiti dai consorzi di cui all'articolo precedente costituisce l'unità locale per i servizi sociali e sanitari (ULSSS).

Le unità locali per i servizi sociali e sanitari si articolano, di norma in aree elementari e in Distretti, che costituiscono livelli diversi e integrati di assistenza sociale e sanitaria. Le aree elementari e i Distretti sono individuati dai Consorzi di cui all'art. 1 e per la città di Roma, dai consigli circoscrizionali.

In particolare l'unità locale per i servizi sociali e sanitari comprende i seguenti servizi:

- a) profilassi e prevenzione delle malattie;
- b) igiene ambientale e protezione dagli inquinamenti;
- c) igiene della produzione e distribuzione degli alimenti e delle bevande;
- d) assistenza sanitaria e ospedaliera;
- e) igiene e medicina preventiva del lavoro;
- f) educazione alla procreazione responsabile, tutela della maternità e della infanzia e assistenza ai minori;
- g) programmazione asili-nido;
- h) igiene e medicina scolastica e dell'età evolutiva;
- i) assistenza agli infermi di mente ed igiene mentale;
- l) recupero, riabilitazione e assistenza agli invalidi;
- m) assistenza agli anziani;
- n) profilassi e assistenza veterinaria e vigilanza sanitaria sulla produzione, commercio e vendita degli alimenti di origine animale;
- o) formazione e aggiornamento degli operatori sanitari;
- p) educazione sanitaria;
- q) informazione e documentazione sui problemi socio-sanitari del territorio.

Art. 3

La programmazione dei servizi sociali e sanitari e il riordinamento nell'ambito delle unità locali per i servizi sociali e sanitari dovranno garantire:

- a) l'uguaglianza di tutti i cittadini nell'accedere ai servizi sociali e sanitari;
- b) la partecipazione dei cittadini alla organizzazione, integrazione e unificazione dei servizi sociali e sanitari nonché alla formulazione dei programmi e delle scelte da effettuare;
- c) l'unitarietà degli interventi mediante il coordinamento, anche a mezzo di convenzioni, e l'eventuale unificazione delle strutture pubbliche esistenti, nell'ambito della programmazione regionale;
- d) l'articolazione territoriale dei Presidi e dei servizi sociali e sanitari;
- e) la conoscenza della situazione sociale e sanitaria nei diversi comprensori mediante una sistematica ricerca epidemiologica e la raccolta di dati statistici anche demografici concernenti i vari aspetti delle attività sociali e sanitarie;
- f) la utilizzazione dei servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri, realizzando Dipartimenti di prevenzione, di cura e di riabilitazione, quali strumenti finalizzati all'assistenza sociale e sanitaria.

Titolo II
Azzonamento comprensoriale

Art. 4

Ai fini della costituzione dei consorzi di cui al precedente art. 1, il territorio della Regione è suddiviso nei comprensori di cui alla tabella allegata alla presente legge, in armonia con i criteri del riequilibrio territoriale, avendo riguardo alla funzionalità dei servizi, tenuto conto dei Presidi esistenti nonché delle esigenze delle popolazioni interessate.

Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le Province, i Comuni e le comunità montane possono presentare motivate proposte di variazione alla delimitazione dei predetti comprensori.

Entro novanta giorni dalla scadenza del termine di cui al comma precedente, il Consiglio regionale, con propria deliberazione, sentita la competente commissione consiliare, approva il piano definitivo di azzonamento.

Ulteriori variazioni al piano possono essere adottate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta, sentiti le Province, i comuni, le comunità montane interessati, in caso di istituzione di nuovi Comuni o di variazioni delle circoscrizioni dei Comuni esistenti o qualora siano intervenute sensibili modificazioni della struttura socio-economica del territorio e delle condizioni demografiche, sanitarie ed assistenziali (1).

(1) Comma così sostituito dall'art. 3 della legge regionale 18 dicembre 1976, n. 61.

Art. 5

Il consorzio tra il Comune e la Provincia di Roma per la gestione dei servizi sociali e sanitari si articola funzionalmente in circoscrizioni sanitarie coincidenti territorialmente con le circoscrizioni amministrative comunali.

A tal fine le funzioni amministrative attribuite al consorzio a norma degli artt. 2 e 8 della presente legge sono delegate alle circoscrizioni amministrative comunali del consorzio stesso, dal Comune di Roma e dalla Provincia di Roma, in relazione alle rispettive competenze.

Titolo III
Costituzione dei consorzi

Art. 6

Entro un mese dall'approvazione del piano definitivo di azzonamento da parte del Consiglio regionale i comuni, le Province e le comunità montane di ciascun comprensorio si associano nella forma del consorzio tra enti locali. Il Presidente della Giunta regionale, sentita la commissione consiliare per la sanità ed igiene, approva la costituzione dei consorzi di cui alla presente legge, ne stabilisce la sede ed approva i relativi statuti, formati secondo le leggi vigenti.

Lo statuto deve indicare gli organi che rappresentano il consorzio nonché le loro attribuzioni e stabilire ogni altra opportuna norma di amministrazione in conformità della legge.

Lo statuto dovrà, in ogni caso, assicurare il rispetto del principio della rappresentanza delle minoranze consiliari in seno all'assemblea del consorzio, la delega di funzioni amministrative nelle materie di cui alla presente legge agli eventuali organi di decentramento amministrativo comunale, nonché la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni alla formulazione dei programmi e delle scelte da effettuare mediante forme di consultazione obbligatoria e periodica e, comunque, a seguito di apposita richiesta.

In particolare, lo statuto del consorzio tra il Comune e la Provincia di Roma dovrà prevedere la delega ai consigli di circoscrizione della gestione dei servizi circoscrizionali e intercircoscrizionali, fatta salva la gestione dei servizi extra-ospedalieri che interessano l'intero territorio del consorzio stesso.

I consorzi di cui alla presente legge potranno identificarsi con gli organismi consortili previsti per altri servizi dalle apposite leggi regionali, al fine di assicurare l'unicità di gestione.

Art. 7

Dalla data di costituzione dei consorzi di cui alla presente legge sono soppressi i comitati provinciali antimalarici. Le relative attribuzioni sono svolte dai consorzi di cui alla presente legge.

I beni e le attrezzature nonché il personale utilizzati dai comitati provinciali antimalarici vengono messi a disposizione, da parte della Provincia, delle unità locali per i servizi sociali e sanitari.

Salvo il coordinamento previsto dall'art. 11 nulla è innovato per quanto riguarda i consorzi provinciali antitubercolari, di cui agli artt. 269 e seguenti del testo unico delle leggi sanitarie approvato dal R.D. 27 luglio 1934, n. 1265.

Titolo IV
Deleghe

Art. 8

Le funzioni amministrative della Regione in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, di igiene e di assistenza pubblica, comprese quelle delegate dallo Stato, sono delegate ai consorzi di cui alla presente legge.

Fino alla emanazione delle leggi regionali in materia restano attribuite alla competenza della Regione le funzioni amministrative concernenti:

- a) lo stato giuridico, i concorsi e le tariffe degli ufficiali sanitari, dei sanitari condotti e dei veterinari;
- b) le farmacie;
- c) il riconoscimento, la istituzione, la soppressione, fusione e concentrazione degli enti ospedalieri; la soppressione, e scioglimento dei relativi consigli di amministrazione; la classificazione degli ospedali;
- d) le case di cura private e gli istituti privati di assistenza, esclusa la vigilanza;
- e) i provvedimenti riservati alla Regione dalle leggi regionali nn. 7 e 8 del 24 gennaio 1975 e dalla legge regionale n. 15 del 4 febbraio 1975;
- f) l'istituzione e l'autorizzazione per l'apertura di scuole e corsi per le professioni sanitarie ausiliarie e le arti ausiliarie delle professioni sanitarie;
- g) la medicina nucleare, la radio-protezione, i gas tossici e le sostanze pericolose;
- h) le istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, ivi compreso il controllo sugli atti e sugli organi.

Art. 9

Le funzioni di indirizzo e di coordinamento nei confronti dei consorzi di cui all'art. 6 per l'esercizio delle funzioni amministrative delegate in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera e di assistenza e beneficenza pubblica sono esercitate dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, in relazione alle esigenze della programmazione regionale, tenuto conto delle indicazioni programmatiche contenute nelle leggi regionali in vigore.

A tal fine la Giunta regionale, a mezzo del competente Assessorato, cura e controlla l'esecuzione dei programmi generali formulati dal Consiglio regionale ed esercita, anche attraverso la richiesta di atti e documenti, la vigilanza sul corretto esercizio della delega da parte dei consorzi di cui alla presente legge.

Art. 10

Il controllo sugli atti emanati nell'esercizio delle funzioni delegate ai sensi della presente legge è esercitato nei modi previsti dall'art. 4 della legge 22 luglio 1975, n. 382.

Gli enti delegatari trasmettono alla Giunta regionale – Assessorato alla sanità – le deliberazioni adottate nell'esercizio delle funzioni delegate.

Qualora i consorzi non adempiano all'espletamento delle funzioni loro attribuite, la Giunta regionale, sentiti gli stessi, fissa un termine adeguato per l'adozione dei provvedimenti di competenza da parte degli enti delegatari. Trascorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale si sostituisce ai consorzi nell'emanazione degli atti.

Titolo V Coordinamento

Art. 11

I consorzi di cui alla presente legge formulano proposte alla Regione relative al funzionamento coordinato delle strutture extra-ospedaliere ed ospedaliere esistenti nel comprensorio; attuano gli indirizzi di coordinamento disposti dagli organi regionali sulla base delle proposte del comitato regionale di coordinamento, di cui alla legge regionale 4 febbraio 1975, n. 17, disciplinano il coordinamento di tutti i servizi sociali e sanitari esistenti nel comprensorio, compresi gli ospedali.

Art. 12

Al finanziamento dei consorzi di cui alla presente legge, per quanto riguarda le attività istituzionalmente di competenza dei comuni, delle Province e delle comunità montane, provvedono i comuni, le Province e le comunità montane partecipanti al consorzio, attraverso il trasferimento al consorzio stesso degli stanziamenti autonomamente iscritti nei rispettivi bilanci.

Art. 13

Le spese relative all'esercizio delle funzioni delegate con la presente legge sono a carico della Regione. Il relativo importo sarà determinato annualmente dalla Giunta regionale previa intesa con gli enti delegatari.

Il finanziamento delle spese relative all'esercizio delle funzioni delegate dallo Stato graverà sui fondi accreditati dallo Stato alla Regione.

Art. 14

La Regione eroga contributi ai consorzi per favorire lo sviluppo della prevenzione, con particolare riguardo all'igiene ambientale, all'igiene dei luoghi di lavoro ed all'igiene mentale.

A tal fine la Regione adotta un programma pluriennale d'intervento nella prevenzione ed annualmente il Consiglio regionale, tenuto conto anche delle proposte e delle richieste formulate dai consorzi, determina il piano di ripartizione dei contributi da destinare ai consorzi che adeguino la propria attività agli indirizzi programmatori della Regione di cui al I comma del presente articolo.

La Regione concede, altresì, ai consorzi contributi una tantum per le spese di istituzione e di primo impianto delle unità locali per i servizi sociali e sanitari.

La concessione dei contributi di cui al precedente comma è disposta dal Consiglio regionale sulla base del piano di ripartizione predisposto dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare.

Art. 15

Per essere ammessi a fruire dei contributi di cui al primo comma dell'art. 14 i consorzi devono presentare all'Assessorato regionale alla sanità, una domanda nella quale siano dettagliatamente indicate le finalità cui saranno destinati i finanziamenti stessi, accompagnata da una relazione tecnica ed amministrativa da cui risultino la situazione esistente nel territorio di competenza e le altre eventuali iniziative in atto da parte di enti pubblici e privati, relativamente ai settori indicati, per i fini previsti dalla presente legge.

I consorzi hanno l'obbligo, mediante la trasmissione del conto consuntivo, accompagnato da apposita relazione tecnica illustrativa, di dimostrare alla Regione che le somme dalla stessa erogate sono state utilizzate per i fini stabiliti.

Per essere ammessi alla concessione dei contributi di cui al III comma dell'art. 14, i consorzi devono presentare all'Assessorato regionale alla sanità una domanda, corredata da una dettagliata relazione tecnica nonché dai preventivi di spesa e dai progetti di massima relativi alle opere da eseguire ed agli altri interventi da effettuare per la istituzione ed il primo impianto delle unità medesime.

Art. 16

Per il rimborso ai consorzi delle spese derivanti dall'esercizio delle funzioni delegate di cui al I comma dell'art. 13 è autorizzata la spesa di lire 15 milioni che sarà iscritta al capitolo 1408 da istituirsi nel bilancio regionale per l'anno finanziario 1975 con la seguente denominazione: "Assegnazione ai consorzi tra comuni, Province e comunità montane per l'esercizio della delega delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera e di beneficenza".

All'onere di lire 15 milioni, derivante dall'applicazione del presente articolato si farà fronte mediante la soppressione del capitolo 1469 (sussidi ai Comuni per i servizi veterinari e contributi per le condotte veterinarie disagiate) del bilancio regionale per l'anno finanziario 1975.

Art. 17

Per l'erogazione dei contributi di cui al I comma dell'art. 14 è autorizzata la spesa di lire 1.500 milioni per l'anno finanziario 1975 che sarà iscritta al capitolo 1471 da istituirsi nel bilancio regionale per l'anno finanziario medesimo con la seguente denominazione: "Contributi ai consorzi tra comuni, Province e comunità montane per il finanziamento di iniziative di medicina preventiva".

All'onere di lire 1.500.000.000, derivante dall'applicazione del presente articolo per l'anno finanziario 1975, si farà fronte riducendo di pari importo lo stanziamento del capitolo n. 1963 del bilancio regionale per l'anno medesimo (1).

(1) Comma così modificato dall'articolo unico della legge regionale 9 aprile 1976, n. 14.

Art. 18

Per provvedere alla concessione dei contributi sulle spese di istituzione e di primo impianto di cui al III comma dell'art. 14, è autorizzata la spesa di lire 2.000 milioni che sarà iscritta nel capitolo 2448, che si istituisce nel bilancio regionale per l'anno finanziario 1975, con la seguente denominazione: "Contributi una tantum ai consorzi tra comuni, Province e comunità montane per le spese di istituzione e di primo impianto delle unità locali per i servizi sociali e sanitari".

All'onere di lire 2.000 milioni derivante dall'applicazione del comma precedente, si farà fronte utilizzando, ai sensi della legge 27 febbraio 1955, n. 64, le disponibilità del capitolo 2982 del bilancio regionale per l'anno finanziario 1974.

Il Presidente della Giunta regionale è autorizzato a disporre con propri decreti, da emanarsi su proposta dell'Assessore al bilancio, le variazioni di bilancio occorrenti per l'attuazione della presente legge.

Art. 19

Gli stanziamenti autorizzati per l'esercizio finanziario 1975, eventualmente non impegnati nel corso dell'esercizio stesso, potranno essere utilizzati anche nel corso dell'esercizio finanziario 1976.

Legge regionale 13 giugno 1983, n. 38 – Nuovo inquadramento nella qualifica di infermiere professionale o vigilatrice di infanzia degli infermieri generici e psichiatrici già in posizione di ruolo nelle Unità Sanitarie Locali.

Articolo Unico

Le Unità Sanitarie Locali provvedono a trasformare in altrettanti posti di infermiere professionale o di vigilatrice di infanzia i posti di infermiere generico e di infermiere psichiatrico previsti in pianta organica coperti da personale di ruolo che a seguito di frequenza dei corsi di straordinaria riqualificazione di cui alla legge 3 giugno 1980, n. 243, ovvero dei corsi ordinari svolti dalle scuole per infermieri professionali o per vigilatrici di infanzia, abbia superato l'esame di Stato per il conseguimento del diploma di infermiere professionale o di vigilatrice di infanzia.

Con il medesimo provvedimento il personale è inquadrato nella qualifica corrispondente a quella dei posti trasformati previa soppressione dei posti originari.

Ai fini dell'iscrizione nei ruoli nominativi regionali del personale del Servizio Sanitario Nazionale si applicano gli articoli 3, terzo comma, e 10 della legge regionale 27 dicembre 1979, n. 100 e successive modificazioni.

Legge regionale 20 settembre 1993, n. 55 – Norme per la riorganizzazione della rete ospedaliera ai sensi della legge 30 dicembre 1991, n. 412 (*Articoli estratti*).

Art.1
(*Finalità*)

1. La presente legge, a stralcio del piano socio-sanitario regionale, detta norme in materia di riorganizzazione della rete ospedaliera, nel rispetto delle disposizioni contenute nella legge 30 dicembre 1991, n. 412 e nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, emanato ai sensi della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

La riorganizzazione della rete ospedaliera persegue:

- a) la razionalizzazione e la riqualificazione dei servizi ospedalieri, ai fini di una più equilibrata distribuzione degli stessi sul territorio regionale e per accrescerne l'efficienza, in relazione al fabbisogno della popolazione e all'ottimale utilizzazione delle risorse;
- b) l'organizzazione di una rete di servizi conforme, anche per tipologia, alla normativa vigente, finalizzata a fornire ai cittadini le risposte più adeguate, in rapporto alle loro diverse esigenze assistenziali;
- c) l'eliminazione dei ricoveri impropri per ricondurre la rete ospedaliera alla sua propria funzione.

Art. 2
(*Obiettivi*)

1. Il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera è diretto al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) adeguamento della rete ospedaliera ai criteri organizzativi e agli standard previsti dalla vigente normativa, con particolare riguardo alla dotazione complessiva dei posti letto nonché agli standard di attività e di efficienza;
- b) riconduzione dell'ospedale alle sue proprie funzioni di diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie acute e di risposta alle emergenze sanitarie;
- c) integrazione funzionale delle strutture ospedaliere tra di loro e con i servizi del territorio;
- d) rimozione negli ospedali delle cause di disfunzione sul piano organizzativo, al fine di una ottimale utilizzazione delle risorse, anche tecnologiche, esistenti e riordino, su base omogenea e secondo parametri funzionali, delle piante organiche;
- e) riconversione delle strutture ospedaliere, non rispondenti a criteri di funzionalità, efficienza ed economicità, in strutture extraospedaliere residenziali o non residenziali, nell'ambito delle tipologie previste dalla vigente normativa;
- f) dimensionamento e razionalizzazione della rete delle case di cura convenzionate, assegnando alle stesse funzione complementare rispetto alle strutture pubbliche per il soddisfacimento del fabbisogno assistenziale programmato.

Art. 3
(*Linee programmatiche e di indirizzo
per la riorganizzazione della rete ospedaliera*)

1. Per il conseguimento delle finalità e degli obiettivi indicati nei precedenti artt. 1 e 2, sono approvate le linee programmatiche e di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera, contenute nei seguenti allegati che fanno parte integrante della presente legge:

- a) allegato n. 1: Ricognizione qualitativa e quantitativa della rete dei posti letto ospedalieri, comprensiva di quelli delle case di cura private convenzionate nonché del residuo manicomiale e dei Presidi di cui all'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- b) allegato n. 2: Criteri, standard e parametri per la definizione ed il dimensionamento qualitativo e quantitativo della rete ospedaliera, ivi compresi i servizi di emergenza e di assistenza neonatale;
- c) allegato n. 3: Determinazione complessiva del fabbisogno ospedaliero, su base regionale.

2. Il fabbisogno di posti letto, in relazione a quanto indicato nell'allegato di cui alla lettera c) del comma 1 nonché agli standard e parametri previsti nell'allegato di cui alla lettera b) del comma stesso, è quantificato in complessivi 31.928 posti letto, corrispondenti a 6,150 per mille abitanti. Il rientro dall'eccedenza di posti letto rispetto al predetto fabbisogno è effettuato in misura non inferiore al 15 per cento, nell'ambito dei provvedimenti indicati al successivo art. 4 e, per la quota residua, entro il 31 dicembre 1995. Il fabbisogno di posti letto è articolato nelle diverse aree funzionali come segue:

- area funzionale di medicina: 13.571 (2,614 per cento);
- area funzionale di chirurgia: 10.850 (2,090 per cento);
- area delle terapie intensive: 883 (0,170 per cento);
- area materno-infantile: 3.769 (0,726 per cento);
- area della riabilitazione e lungodegenza post-acuzie: 2.855 (0,550 per cento).

3. Le operazioni di sconvenzionamento previste agli artt. 10, commi 2, 3 e 4, 11 e 12 concorrono al raggiungimento della misura di rientro dall'eccedenza di posti letto, prevista in sede di prima attuazione della presente legge dal comma 2.

Art. 4

(Riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera)

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, in attuazione delle linee programmatiche e di indirizzo di cui all'art. 3 ed in conformità alle prescrizioni della presente legge, entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore, provvede, previa verifica della situazione esistente, alla quantificazione dei posti letto complessivi, distinti per area funzionale e disciplina, delle singole Unità Sanitarie Locali, così come risultanti a seguito del riassetto previsto dall'art. 3, comma 5, lettera a) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e di ciascun complesso ospedaliero, individuato per essere costituito in azienda ospedaliera in attuazione del decreto legislativo stesso. La Giunta regionale, nel definire l'assetto organizzativo degli ospedali, accorpa, di norma, ai fini funzionali e tenuto conto del bacino di utenza e della specificità del territorio, quelli ubicati nell'ambito della stessa Unità Sanitaria Locale, che non siano destinati ad essere costituiti in Aziende Ospedaliere, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
2. Ai fini della riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, gli ospedali sono classificati dalla Giunta regionale in tre livelli assistenziali, in rapporto agli aspetti dimensionali, al bacino di utenza, alla complessità del modello organizzativo interno, in termini di disponibilità di specialità e di servizi e di dotazione qualitativa e quantitativa di tecnologie e di personale, nonché al grado di risposta ai bisogni sanitari della popolazione servita.
3. La distribuzione dei posti letto tra le diverse discipline nell'ambito delle aree funzionali può essere rideterminata annualmente con deliberazione della Giunta regionale, in correlazione con l'attuazione del progetto di cui al comma 1 e con la realizzazione del sistema di emergenza sanitaria, anche in rapporto alle effettive esigenze assistenziali del territorio e tenuto conto delle valutazioni fornite dall'organismo di cui all'art. 3, comma 14, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
4. Nell'ambito dei provvedimenti di cui ai commi precedenti, sono stabiliti i tempi di realizzazione della riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, assegnando priorità ai servizi connessi alle emergenze sanitarie, avuto anche riguardo a quelli trasfusionali, in rapporto alle risorse effettivamente disponibili, ivi comprese le quote di finanziamento di cui all'art. 12, comma 4 lettera a) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. La Giunta regionale individua, altresì, nel rispetto delle disposizioni contenute nella presente legge, le modalità di rientro nel limite complessivo di posti letto indicato al comma 2 dell'art. 3.
5. I provvedimenti della Giunta regionale previsti nei precedenti commi sono adottati, sentita la competente commissione del Consiglio regionale, che si esprime nel termine perentorio di 30 giorni dal ricevimento della richiesta. Si ritiene favorevole il parere ove la commissione non si esprima entro il termine di cui innanzi, che decorre dal momento in cui il provvedimento viene messo all'ordine del giorno della commissione.

Art. 5

(Sistema di emergenza sanitaria)

1. È istituito nel territorio della Regione Lazio il sistema integrato di emergenza sanitaria, finalizzato a rispondere alle richieste di soccorso in condizioni di emergenza e urgenza nonché a realizzare un idoneo filtro ai ricoveri mediante i necessari collegamenti tra le strutture ospedaliere e territoriali. Il sistema di emergenza sanitaria si articola nelle due fasi operative di allarme e di risposta, strettamente interconnesse attraverso una apposita rete di collegamenti.
2. Nella fase di allarme, le strutture di riferimento sono la centrale operativa regionale ubicata a Roma, presso il complesso ospedaliero San Camillo, Forlanini e Spallanzani, le centrali operative provinciali, ubicate, per la Provincia di Roma, presso il complesso predetto e, per le altre Province, presso gli ospedali del capoluogo nonché le postazioni dei mezzi di soccorso. Le centrali operative rispondono alla chiamata sanitaria tramite il numero unico telefonico 118 e sono collegate operativamente mediante sistemi di fonia, radiofrequenza dedicata ed informatici con le postazioni, o mezzi di soccorso, il servizio di guardia medica, i punti di primo soccorso e la rete ospedaliera. Il funzionamento delle centrali operative è regolato da protocolli uniformi sul territorio regionale, predisposti dal responsabile della centrale operativa regionale, in collaborazione con i responsabili delle centrali operative provinciali e verificati dall'Assessorato regionale alla sanità.
3. Nella fase di risposta, le strutture di riferimento sono gli ospedali sede di pronto soccorso e di Dipartimento di emergenza e accettazione di primo e secondo livello, individuati a norma dell'allegato di cui all'art. 3, comma 1, lettera b). Ad integrazione e completamento delle strutture predette, sono individuati i punti di primo soccorso territoriale negli ospedali che non posseggano i requisiti per essere sedi di pronto soccorso e nelle zone territoriali urbane ed extra urbane prive di adeguate strutture ospedaliere. Il servizio di guardia medica è direttamente coinvolto nella fase di risposta a livello territoriale, ed è collegato direttamente alla centrale operativa provinciale. I medici di guardia medica sono inseriti nel sistema di emergenza sanitaria, previo superamento di un apposito corso di formazione.
4. Il Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA) costituisce il collegamento funzionale, nell'ambito del bacino di utenza e nel territorio di competenza, tra i Presidi territoriali ed i servizi e le divisioni dell'ospedale di riferimento, comunque impegnati nell'emergenza sanitaria, al fine di assicurare le prestazioni più adeguate in relazione al caso da trattare. Il DEA deve:
 - a) garantire il massimo livello di assistenza sanitaria in relazione alle risorse secondo gli standard prefissati;
 - b) consentire gli opportuni collegamenti tecnico-organizzativi dei Presidi sanitari coinvolti nel sistema di emergenza sanitaria, situati nel territorio di riferimento;
 - c) razionalizzare le risorse disponibili secondo il metodo della programmazione;

- d) perseguire un ottimale rapporto tra costo dei servizi e relativi benefici, per assicurare adeguati livelli di assistenza, fin dal primo intervento, anche mediante protocolli diagnostico terapeutici periodicamente verificati ed aggiornati;
- e) consentire, attraverso la programmazione degli interventi formativi, il più alto livello di addestramento del personale comunque impiegato nel sistema di emergenza sanitario;
- f) perseguire l'umanizzazione dei rapporti tra utenti e personale sanitario;
- g) introdurre il metodo della verifica della qualità delle cure prestate;
- h) contribuire all'educazione sanitaria dei cittadini per un corretto uso del sistema di emergenza sanitaria, anche mediante attività di informazione attraverso i mezzi di comunicazione di massa.
5. Gli ospedali sede di Dipartimento di primo e secondo livello, allo scopo di garantire la massima e tempestiva disponibilità di posti letto, devono perseguire una ottimale gestione delle degenze in applicazione dei parametri previsti dall'allegato di cui all'art. 3, lettera b).
6. La Regione promuove specifici interventi di attività di formazione, addestramento e qualificazione per il personale comunque addetto al sistema di emergenza sanitaria da organizzare presso la sede della centrale operativa regionale.
7. Fino alla emanazione della direttiva di cui all'art. 8, comma 5, le modalità di funzionamento dei Dipartimenti di emergenza e accettazione sono individuate nel piano di cui al comma 10.
8. L'apporto al sistema di emergenza sanitaria delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni private è disciplinato mediante apposite convenzioni, da stipularsi in conformità a schemi-tipo approvati con deliberazione della Giunta regionale, nel rispetto, per quanto attiene le associazioni di volontariato, della legge regionale 28 giugno 1993, n. 29. In sede di stipula delle convenzioni, è data priorità ai servizi messi a disposizione dalla Croce Rossa Italiana, purché rispondenti agli standard previsti nel piano di cui al comma 10.
9. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sono definiti appositi programmi di valutazione e di verifica dei servizi e delle prestazioni del sistema di emergenza sanitaria avvalendosi, a tal fine, anche di una apposita commissione tecnica, composta da esperti nel settore, istituita con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, è, altresì, costituito un comitato etico per valutare la rispondenza del sistema di emergenza sanitaria ai diritti della persona.
10. In osservanza alla normativa prevista nel presente articolo, il Consiglio regionale adotta, con propria deliberazione, uno specifico piano per la realizzazione del sistema di emergenza sanitaria.

Art. 6

(Riorganizzazione delle strutture di assistenza perinatale)

1. Fermo restando quanto previsto all'art. 10, comma 3, la riorganizzazione delle strutture per l'assistenza perinatale sarà effettuata dalla Giunta regionale, nell'ambito dei provvedimenti di cui agli artt. 4 e 8 in conformità ad uno specifico piano che sarà approvato con apposita deliberazione del Consiglio regionale.

Art. 7

(Ospedali al di sotto di 120 posti letto)

1. Le strutture ospedaliere gestite direttamente dalle Unità Sanitarie Locali, con una dotazione di posti letto inferiore a 120, sono riconvertite come segue:
- a) accorpamento, previa eventuale trasformazione, anche parziale, dei relativi servizi, nell'ambito del Presidio Ospedaliero di Unità Sanitaria Locale di cui all'art. 4, ridefinendo la distribuzione complessiva dei servizi e dei posti letto e favorendo la realizzazione delle strutture polivalenti di cui alla successiva lettera b), anche con riferimento al bacino di utenza e tenuto conto della fluttuazione della popolazione;
- b) variazione del tipo di destinazione a fini sanitari mediante trasformazione in strutture extraospedaliere poliambulatoriali, in residenze sanitarie assistenziali o in altre strutture residenziali o semiresidenziali non ospedaliere, privilegiando la realizzazione di strutture polivalenti;
- c) disattivazione ai fini della variazione di destinazione per usi non sanitari per quei Presidi che risultino non utilizzabili a fini sanitari, avuto riguardo allo stato e qualità delle strutture edilizie, nonché alla funzionalità ed economicità della gestione e che si trovino in ambiti territoriali che dispongano dei previsti standard di posti letto.
2. In relazione a quanto previsto al precedente comma 1, nell'ambito dello standard di posti letto per mille abitanti di cui all'art. 3, comma 2, al fine di assicurare ai cittadini livelli minimi di assistenza, potranno essere mantenuti in attività Presidi Ospedalieri che presentino una dotazione al di sotto dei 120 posti letto, qualora essi siano collocati in aree territoriali sprovviste di altri Presidi Ospedalieri e con difficoltà di accesso ad altri ospedali, avuto riguardo alle caratteristiche del sistema orografico e della viabilità, purché in collegamento funzionale con altri ospedali, nonché quelli di particolare specializzazione con bacino di utenza multizonale.

Art. 8

(Organizzazione per aree funzionali - Dipartimenti)

1. Le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, ove costituite, nonché le istituzioni di cui agli artt. 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, entro sessanta giorni dalla data di comunicazione dei provvedimenti regionali di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera, presentano alla Regione, Assessorato sanità, una proposta per attuare, nell'ambito delle strutture ospedaliere di competenza, il modello organizzativo delle aree funzionali omogenee di cui al comma 3 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con presenza obbligatoria del day-hospital e di spazi adeguati per l'esercizio della libera professione intramuraria e posti letto per le camere a pagamento. L'istituzione del day-hospital è effettuata attraverso la riconversione di una quota parte dei posti letto complessivi, secondo le indicazioni contenute nell'allegato 2 di cui all'art. 3, comma 1. I posti letto da destinare alla istituzione delle camere a pagamento nonché quelli riservati all'esercizio della libera professione intramuraria non sono compresi nello standard dei posti letto per mille abitanti previsto dall'art. 3, comma 2.
2. Il modello organizzativo di cui al comma 1 deve prevedere l'organizzazione dell'ospedale in Dipartimenti, collegati funzionalmente anche con le strutture extraospedaliere. Il coordinamento del Dipartimento, nelle more dell'emanazione dei provvedimenti di attuazione del riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale a norma della legge 23 ottobre 1992, n. 502, è affidata ad uno dei dirigenti delle strutture afferenti al Dipartimento, designato dall'ufficio di direzione integrato, a tale scopo, dai dirigenti delle strutture stesse.
3. Per consentire l'esercizio delle attività libero-professionali intramurarie, qualora sia comprovata l'impossibilità di organizzarle all'interno dei Presidi Ospedalieri pubblici, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, ove costituite, nella proposta di cui al comma 1, possono prevedere la utilizzazione, a tale scopo, in via temporanea e, comunque, nei limiti fissati dall'art. 4, comma 10 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, di posti letto ubicati nelle case di cura, a tal fine convenzionate, purché in prossimità dei Presidi stessi.
4. Le proposte di cui al comma 1 sono approvate con deliberazione della Giunta regionale, previa verifica della loro compatibilità con la programmazione regionale e della loro rispondenza alle direttive della Regione, emanate a norma del successivo comma. Nella stessa deliberazione sono indicati, per ogni Presidio, i tempi di realizzazione del modello organizzativo delle aree funzionali omogenee, in funzione delle risorse effettivamente a disposizione.
5. La Giunta regionale, per le finalità di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, emana una apposita direttiva, nella quale sono indicati i criteri tecnico-organizzativi cui si devono attenere le Unità Sanitarie Locali, individuando, tra l'altro, le modalità per l'attuazione dei Dipartimenti, del day-hospital, delle attività di preospedalizzazione, di dimissione protetta e di ospedalizzazione domiciliare, ai fini della riduzione dei tempi di degenza e fissa le tariffe per l'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria e per i ricoveri nelle camere a pagamento, in relazione a quanto previsto nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
6. I provvedimenti della Giunta regionale di cui ai commi 1, 2, 3, 4 e 5 sono adottati, sentita la competente commissione consiliare permanente, con le modalità di cui all'art. 4, comma 5.
7. Ferme restando le disposizioni previste dall'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le disposizioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 febbraio 1984, in tema di requisiti minimi dei Presidi che erogano prestazioni di diagnostica di laboratorio si applicano ai Presidi pubblici di laboratorio, ivi compresa la qualificazione del personale, nel rispetto delle disposizioni di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
8. Sono abrogati il secondo e terzo comma dell'art. 6 della legge regionale 4 febbraio 1975, n. 15.

Art. 9

(Istituti di ricovero e cura obbligatoriamente convenzionati con il Servizio Sanitario Regionale)

1. I rapporti convenzionali con le istituzioni indicate agli artt. 39, 41 e 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, vengono ridefiniti sulla base delle linee di programmazione e di indirizzo di cui all'art. 3 e delle determinazioni di cui agli artt. 4 e 8, per le istituzioni ivi previste.
2. L'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi universitari, ivi compresi quelli connessi ad esigenze didattiche e di ricerca che comportino nuovi oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, è attuata, d'intesa tra Regione e Università, nell'ambito del fabbisogno complessivo di servizi ospedalieri, definito ai sensi del precedente art. 3, nel rispetto della normativa contenuta nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
3. L'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi ospedalieri da parte degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all'art. 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 è soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale, tenuto conto dell'attività di ricerca scientifica biomedica svolta dagli stessi. È altresì soggetta ad autorizzazione della Giunta regionale l'istituzione di nuove divisioni, sezioni e servizi ospedalieri da parte delle istituzioni di cui all'art. 41 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nonché le variazioni di organico che comportino nuovi oneri di spesa ovvero modificazioni dell'assetto organizzativo della struttura.
4. La Giunta regionale, al fine dell'adozione dei provvedimenti di cui ai precedenti commi, è tenuta ad acquisire il parere della competente commissione permanente del Consiglio regionale che si esprime, entro il termine perentorio di trenta giorni dal ricevimento della richiesta, con le modalità di cui all'art. 4, comma 5.

5. L'eventuale riconoscimento quale Presidio dell'Unità Sanitaria Locale delle strutture di cui al secondo comma dell'art. 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, potrà essere previsto nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, da emanarsi a norma dell'art. 1, comma 54, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Art. 10

(Case di cura private convenzionate)

1. Le convenzioni con le case di cura private sono decadute. Esse continuano a produrre effetto, salvo quanto previsto nei commi 2, 3 e 4 e negli artt. 11 e 12, fino al termine indicato nei provvedimenti di riorganizzazione territoriale della rete ospedaliera di cui all'art. 4, nei quali è indicato il fabbisogno di attività ospedaliere da convenzionare, distinto per discipline, in conformità ai seguenti criteri:

a) complementarietà delle attività svolte dalle case di cura private convenzionate rispetto a quelle dei Presidi Ospedalieri pubblici;

b) convenzionabilità delle case di cura private per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti strutturali, organizzativi e funzionali previsti dalla legge regionale 31 dicembre 1987, n. 64, ovvero, nelle more dell'adozione della definitiva deliberazione di conferma dell'autorizzazione, sia stato emanato il provvedimento di accogliibilità previsto dal comma 4 dell'art. 58 della legge stessa;

c) convenzionabilità delle case di cura private per le quali sia stato accertato il possesso dei requisiti strutturali organizzativi e funzionali previsti dalla legge regionale 31 dicembre 1987, n. 64, ovvero, nelle more dell'adozione della definitiva deliberazione di conferma dell'autorizzazione, sia stato emanato il provvedimento di accogliibilità previsto dal comma 4 dell'art. 58 della legge stessa.

2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono sconvenzionati, a tutti gli effetti, tutti i posti letto delle case di cura afferenti alle seguenti discipline:

a) discipline i cui posti letto sono stati utilizzati nel 1992 in misura superiore al 50 per cento ai sensi dell'art. 7 del decreto del Ministro della Sanità 30 giugno 1975 concernente gli schemi di convenzione con le case di cura private;

b) pediatria.

Al fine di far fronte alla carenza di posti letto di terapia intensiva neonatale o, comunque di terapia intensiva, i posti letto di pediatria sconvenzionati possono essere riconvertiti in posti letto delle predette specialità, purché la casa di cura sia già convenzionata per le specialità stesse.

3. Dalla stessa data sono sconvenzionati i posti letto di ostetricia e ginecologia ubicati in case di cura in cui sia stato effettuato nel 1992 un numero di parti inferiore a 300 e che non abbiano le seguenti caratteristiche:

a) assistenza al neonato ivi inclusa la rianimazione primaria, attraverso personale medico costituito da neonatologi o pediatri con particolare competenza, in numero tale da assicurare una pronta reperibilità 24 ore su 24;

b) monitoraggio cardiocografico in sala travaglio-parto;

c) dotazione del personale sanitario previsto dagli artt. 31 e 37 della legge regionale 31 dicembre 1987, n. 64, in deroga alla legge regionale 16 aprile 1993, n. 18;

d) locali idonei, attrezzature e Presidi diagnostico-assistenziali in grado di garantire una funzionalità 24 ore su 24;

e) possibilità di effettuare, in situazioni di rischio improvviso per il feto o per la donna, un parto cesareo entro 30 minuti, in idonei locali dotati delle attrezzature per anestesia e gas medicali necessari e per l'intervento.

4. Nel quadro del provvedimento di cui all'art. 4, comma 1, la Giunta regionale prevede lo sconvenzionamento, fino al 20 per cento dei posti letto complessivi, a livello regionale, ubicati nelle case di cura private convenzionate per medicina generale e chirurgia generale, in relazione al tasso di eccedenza di tali discipline nei diversi bacini di utenza nonché al grado di funzionalità delle strutture. Una quota fino al 10 per cento di tali posti letto è sconvenzionata, in conformità ai predetti criteri, in sede di prima attuazione della presente legge.

5. I posti letto sconvenzionati a norma del presente articolo possono essere utilizzati, per paganti in proprio, in deroga all'art. 47 della legge regionale 31 dicembre 1987, n. 64.

Art. 11

(Case di cura private per lungodegenti)

1. La Giunta regionale, nel quadro del provvedimento di cui all'art. 4, comma 1, fissa i tempi e le modalità per la riorganizzazione dei centri di assistenza e riabilitazione di cui al regolamento regionale 28 agosto 1976, n. 2 nonché delle case di cura private per lungodegenza già convenzionate con l'ex Pio istituto di S. Spirito e ospedali riuniti di Roma e la riconduzione degli stesi nell'ambito degli standard di posti letto funzionali e tipologici previsti dalla vigente normativa, in correlazione con l'entrata in funzione delle residenze sanitarie assistenziali, sulla base di apposite verifiche effettuate dalle Unità Sanitarie Locali sull'utenza, per l'accertamento, in particolare, delle cause della non autosufficienza dei ricoverati, ai fini del loro reinserimento nel contesto sociale o in ambiti più propri di assistenza, finalizzati, prevalentemente, all'assistenza geriatrica. Tali centri e case di cura potranno trasformarsi, in relazione alla loro tipologia, anche edilizia, in strutture polivalenti dotate di un complesso di servizi sanitari, diagnostico terapeutici, anche di piccola chirurgia ambulatoriale, di riabilitazione e socio-assistenziali comprendenti in particolare:

a) posti letto, anche a ciclo diurno, di lungodegenza o riabilitazione post-acuzie;

b) posti residenza, anche a ciclo diurno, di residenze sanitarie assistenziali;

c) servizi residenziali o semiresidenziali di tipo socio-assistenziale. La nuova organizzazione interna delle predette strutture dovrà tener conto delle condizioni, esigenze e patologie degli utenti ed essere tale da assicurare la continuità degli interventi. Le domande per le trasformazioni a norma del presente comma devono essere presentate alla Regione entro e non oltre centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

2. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, il 15 per cento dei posti letto convenzionati alla stessa data è progressivamente sconvenzionato, a tutti gli effetti, man mano che si renderanno liberi per dimissioni di pazienti a seguito delle verifiche di cui al comma 1, o per altre cause. Tali posti letto possono essere utilizzati per paganti in proprio, in deroga all'art. 47 della legge regionale 31 dicembre 1987, n. 64.

3. Le disposizioni di cui al comma 2 non si applicano nei confronti delle case di cure che, entro i trenta giorni successivi alla data di approvazione di apposito regolamento, da emanarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presentino domanda di riconversione, corredata da idonea documentazione, per almeno il 15 per cento dei posti letto in posti di residenza sanitaria assistenziale. Tali case di cura concorderanno con la Regione, previa intese con le relative associazioni, i tempi di realizzazione delle necessarie ristrutturazioni, che dovranno essere completate entro e non oltre centottanta giorni dalla data di presentazione della domanda. In difetto, i predetti posti letto saranno sconvenzionati a tutti gli effetti.

4. Per i posti letto non sconvenzionati ai sensi dei commi 2 e 3, le convenzioni continueranno a produrre effetti fino all'entrata in vigore delle convenzioni con le residenze sanitarie assistenziali e delle nuove convenzioni con le istituzioni sanitarie private a norma del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e, comunque, non oltre il 31 dicembre 1995. Nuovi ricoveri sui predetti posti letto potranno essere consentiti esclusivamente previa autorizzazione dell'Unità Sanitaria Locale di residenza dell'assistito, sulla base del giudizio espresso da una apposita unità valutativa multidisciplinare con il compito di:

a) valutare l'esigenza del ricovero e fissarne la durata massima;

b) definire, per ciascun paziente, il piano di intervento, nel quale dovranno essere individuate, in funzione delle condizioni sanitarie sociali, familiari ed economiche dello stesso le soluzioni assistenziali da adottare;

c) vigilare sistematicamente, anche tramite la USL ove è ubicata la casa di cura, sull'andamento del ricovero, al fine di promuovere la dimissione del paziente. Per le finalità predette, le Unità Sanitarie Locali possono avvalersi delle unità valutative del centro di assistenza sanitaria domiciliare di cui alla legge regionale 2 dicembre 1988, n. 80, eventualmente integrate.

5. La durata dei ricoveri autorizzati a norma del comma 4 non può superare i sessanta giorni, salvo proroga autorizzata dall'unità valutativa di cui al comma stesso, per comprovate condizioni patologiche di maggiore durata che richiedano un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

6. Le case di cura private sconvenzionate a norma del presente articolo avranno priorità in sede di convenzionamento con le residenze sanitarie assistenziali per i posti letto trasformati. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare permanente del Consiglio regionale, autorizza la riconversione in residenze sanitarie assistenziali delle case di cura private che ne abbiano fatto richiesta ai sensi e nei termini di cui ai commi 1 e 3, anche in deroga ai requisiti di carattere strutturale indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento, approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, sempreché sia garantita la caratterizzazione tipologica delle strutture e la funzionalità nonché la efficienza dei servizi in relazione alle specifiche esigenze degli ospiti. Resta fermo che alle case di cura che non abbiano presentato domanda di riconversione nel termine previsto dal comma 3 si applicano le disposizioni di cui al comma 2.

7. Per favorire l'assistenza agli anziani non autosufficienti e cronici stabilizzati, in ambiti più propri, in conformità ai livelli assistenziali di cui all'art. 4, comma 1, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e della legge 23 ottobre 1992, n. 421, la Regione finalizza appositi fondi nell'ambito di quelli indicati all'art. 19.

7-bis. In attesa che siano realizzate le residenze sanitarie assistenziali o vengano attivate forme adeguate di spedalizzazione domiciliare integrata, i pazienti con forme croniche stabilizzate o gli anziani ultrasessantacinquenni abbinogevoli di trattamenti protratti di conservazione sono transitoriamente assegnati alla funzione di lungodegenza, ai sensi dei punti F2 ed F5 del decreto del Ministro della Sanità 13 settembre 1988 (1).

(1) Comma aggiunto dall'art. 1 della legge regionale 10 marzo 1995, n. 5.

Art. 12

(Strutture psichiatriche) (1)

1. Nell'ambito dei provvedimenti di cui all'articolo 4, in attuazione del piano di cui all'articolo 3 ed in conformità alle prescrizioni della presente legge, è previsto il completamento della rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, secondo gli standard fissati dal decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994 (Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"), attraverso l'istituzione di nuovi servizi ed il potenziamento, ove necessario, di quelli esistenti.

2. La Giunta regionale definisce, sentita la competente commissione consiliare permanente e la commissione regionale unica per la salute mentale (CRUSaMi) di cui all'articolo 3 della legge regionale 14 luglio 1983, n. 49 e successive modifiche, il piano generale di riconversione delle strutture private attualmente accreditate.

3. Sulla scorta del piano generale di cui al comma 2, una quota parte dei posti complessivi delle case di cura neuropsichiatriche private esistenti deve essere riconvertita, in relazione alla tipologia anche edilizia delle case di cura stesse, nell'ambito di strutture alternative al ricovero ospedaliero, secondo criteri definiti nel piano di cui al comma 2.

4. Il Dipartimento di salute mentale prescrive l'accesso ed effettua una sistematica valutazione degli assistiti ricoverati nelle case di cura neuropsichiatriche private mediante una équipe multidisciplinare, in funzione del loro reinserimento nel contesto sociale o in ambiti più propri di assistenza.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 1 della legge regionale 11 gennaio 2002, n. 2.

Art. 14 (Personale)

1. Il personale che, a seguito del processo di riorganizzazione di cui agli artt. 4, 5, 6, 7 e 8 non possa essere ricollocato in strutture ospedaliere esistenti nell'Unità Sanitaria Locale e risulti, pertanto, in eccedenza rispetto alle effettive necessità organizzative, viene ricollocato nell'ambito delle strutture e servizi extraospedalieri dell'Unità Sanitaria Locale stessa mediante le procedure di mobilità obbligatoria previste dalla vigente normativa. Qualora i dipendenti in eccedenza non trovino idonea collocazione nell'Unità Sanitaria Locale di appartenenza saranno parimenti attivati i processi di mobilità ad altre Unità Sanitarie Locali sempre nel rispetto delle procedure previste dalla vigente normativa. È fatta salva in ogni caso la facoltà del personale di accedere, a domanda, alle procedure di mobilità attivate ai sensi della normativa vigente.

2. Gli amministratori straordinari delle Unità Sanitarie Locali sono tenuti ad applicare nei confronti di tutto il personale dipendente le disposizioni di cui al comma 7 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412, adottando, in caso di accertata incompatibilità, i conseguenti provvedimenti, anche di carattere disciplinare.

3. Le disposizioni di cui al comma 2 si applicano anche al personale equiparato a quello del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 25 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761. L'accertamento dell'incompatibilità e l'adozione dei conseguenti provvedimenti sono effettuati dalle competenti autorità nel rispetto dell'ordinamento delle relative istituzioni.

4. La definizione delle nuove piante organiche dei Presidi Ospedalieri sarà effettuata in applicazione della normativa che verrà emanata in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, ai fini della classificazione degli ospedali in categorie funzionali.

5. Per il personale operante presso le strutture private convenzionate che risulti eccedente a seguito del processo di sconvenzionamento previsto dalla presente legge, la Regione ne promuoverà il riassorbimento all'interno della rete di strutture private, ivi comprese le residenze sanitarie assistenziali, nell'ambito delle procedure di mobilità, previste dalla vigente normativa. Per il personale che non troverà collocazione nelle predette strutture, la Regione ne promuoverà il riassorbimento all'interno delle strutture pubbliche, anche mediante riserva di posti nelle procedure concorsuali, in conformità alle norme di legge.

6. Al fine di favorire i processi di mobilità di cui al comma 5, la Regione attiverà le necessarie iniziative di riqualificazione del personale. La Regione prevederà, altresì, nell'ambito dei provvedimenti normativi ed amministrativi di attuazione delle leggi 8 novembre 1991, n. 381 e 31 gennaio 1992, n. 59, idonee forme di promozione e sostegno finalizzato alla creazione di opportunità di lavoro per il personale che non possa trovare collocazione a norma del comma 5.

Art. 15 (Azioni finalizzate al risparmio)

1. Le attività ospedaliere devono essere finalizzate al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) contrazione della durata media della degenza;
- b) potenziamento delle attività di preospedalizzazione, di dimissioni protette, di day hospital, di ospedalizzazione domiciliare;
- c) riduzione dei tempi di attesa per il ricovero;
- d) aumento della produttività dei servizi dotati di apparecchiature complesse o ad alto costo, il cui impiego dovrà essere potenziato ed ottimizzato.

2. Le attività extra-ospedaliere devono essere finalizzate ai seguenti obiettivi:

- a) attuazione di piani mirati di educazione sanitaria, in particolare per incentivare l'uso corretto dei servizi e delle prestazioni nonché dei farmaci;
- b) potenziamento delle attività di prevenzione;
- c) potenziamento delle attività territoriali, dirette, in particolare, all'attivazione dei Distretti, alla realizzazione di centri unici di prenotazione e di servizi volti a contrastare il fenomeno dei ricoveri impropri e revisione delle procedure per l'erogazione delle prestazioni.

3. Per le stesse finalità e obiettivi di cui al comma 1, le Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, ove costituite, provvedono alla riorganizzazione dei turni di lavoro negli ospedali allo scopo di assicurare la piena funzionalità dei servizi e, in particolare, il funzionamento, per tutto l'arco delle 24 ore, delle attrezzature ad alta tecnologia.

Art. 16

(Azioni finalizzate alla deistituzionalizzazione)

1. Le Unità Sanitarie Locali, in conformità alle direttive impartite dall'Assessore regionale alla sanità svolgono attività di valutazione permanente di carattere multidimensionale sui soggetti non autosufficienti appartenenti alle aree della senescenza, della disabilità e del disagio mentale, ricoverati nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private convenzionate, al fine di ridurre al massimo la durata dei ricoveri, in particolare, nei reparti di medicina, nelle strutture per riabilitazione ed in quelle destinate a persone non autosufficienti o croniche.

Art. 17

(Sistema informativo sanitario)

1. Per il conseguimento degli obiettivi della presente legge, l'Assessorato regionale alla sanità si avvale del sistema informativo sanitario quale strumento per la gestione mirata ed ottimale delle risorse.
2. Il sistema informativo sanitario assolve alle funzioni di coordinamento e di organizzazione della funzione informativa a livello regionale e di Unità Sanitaria Locale secondo criteri omogenei, strettamente collegati alle finalità complessive del sistema sanitario e delle peculiarità organizzative e funzionali a livello regionale e di Unità Sanitaria Locale.
3. A tal fine il sistema informativo sanitario svolge i seguenti compiti:
 - a) predisposizione del programma delle attività da sottoporre annualmente all'approvazione della Giunta regionale;
 - b) analisi dei bisogni e delle richieste di informazione dei settori dell'Assessorato alla sanità verificandone la fattibilità e compatibilità rispetto al programma;
 - c) analisi dei flussi informativi esistenti a livello nazionale e regionale e rilevazione della loro congruità e del loro grado di interconnessione, favorendo la messa a regime di quelli ritenuti più idonei per il perseguimento degli obiettivi della programmazione regionale;
 - d) definizione e individuazione di un sistema di indicatori finalizzato alla verifica e alla valutazione della quantità e della qualità dell'assistenza;
 - e) sperimentazione a livello delle Unità Sanitarie Locali di sistemi informativi riferiti alle sperimentazioni gestionali previste dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
 - f) attivazione della formazione degli operatori sanitari, tecnici, e amministrativi per l'uso dei nuovi strumenti e metodologie informative.
4. Nelle more della riorganizzazione delle strutture regionali previste dalla legge regionale 11 aprile 1985, n. 36 e successive modificazioni ed integrazioni, le funzioni del sistema informativo sono svolte dall'ufficio I del settore 57 – Programmazione sanitaria, in collegamento con le altre strutture dell'Assessorato alla sanità e, in particolare, con l'osservatorio epidemiologico regionale.
5. L'osservatorio epidemiologico regionale di cui alla legge regionale 13 febbraio 1991, n. 48, e l'ufficio I del settore 57 – Programmazione sanitaria, per le attività di rispettiva competenza, svolgono le funzioni di ufficio di statistica ai sensi del decreto legislativo 6 settembre 1989, n. 322.

Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 – Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere (*Articoli estratti*).

Titolo I
Principi generali

Art. 1
(*Finalità*)

1. In relazione a quanto previsto dagli artt. 3 e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 modificato ed integrato con decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" le Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, istituite ai sensi degli artt. 5 e 6 della presente legge, provvedono all'esercizio delle funzioni amministrative inerenti al Servizio Sanitario Regionale con autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fatte salve le disposizioni contenute nei successivi articoli.

Art. 2
(*Funzioni della Giunta regionale*)

1. (*Omissis*) (1)
2. Fatte salve le competenze del Consiglio regionale, la Giunta regionale, nei confronti delle aziende di cui all'articolo 1 (2):
 - a) esercita funzioni di indirizzo per la gestione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, in particolare, allo scopo di assicurare la conformità agli obiettivi del Piano Sanitario Regionale 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 Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere devono attenersi nel dare applicazione agli accordi nazionali di lavoro per il personale dipendente e agli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato;
 - c) provvede alla determinazione dei criteri di finanziamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali ed ospedaliere ed assegna ed eroga alle stesse le risorse finanziarie;
 - d) svolge funzioni di promozione di indirizzo tecnico e di supporto delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere;
 - e) vigila sulla corretta ed economica gestione delle risorse assegnate, sulle imparzialità e buon andamento della attività, sulla qualità dell'assistenza.
- e-bis) esercita ogni altra funzione ad essa attribuita dalla legge (3).
3. Nulla è innovato per quanto riguarda le procedure concernenti i provvedimenti autorizzativi, prescrittivi e di concessione previsti dalla normativa vigente.

(1) Comma soppresso dall'art. 1 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 19.

(2) Alinea così sostituito dall'art. 1 della legge regionale n. 19/1994.

(3) Lettera aggiunta dall'art. 1 della legge regionale n. 19/1994.

Art. 3
(*Piano Sanitario Regionale*)

1. Per il conseguimento degli obiettivi di cui all'art. 1, la Regione informa la propria attività al metodo della programmazione, in armonia con i contenuti e gli indirizzi del Piano Sanitario Nazionale e con gli obiettivi del programma di sviluppo regionale.
2. Il Piano Sanitario Regionale ha durata triennale ed è approvato con deliberazione del Consiglio regionale. La presentazione della relativa proposta deve avvenire entro il 30 settembre dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente. Fino all'entrata in vigore del nuovo piano è comunque prorogata l'efficacia del piano precedente.
3. Le indicazioni contenute nel piano hanno valore vincolante per l'attività programmatica, di indirizzo e amministrativa esercitata, nell'ambito della rispettiva sfera di competenza, dalle Aziende Unità Sanitarie Locali e dalle Aziende Ospedaliere.
4. Il primo Piano Sanitario Regionale per il triennio 1994/1996 è predisposto dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore alla sanità, di concerto con gli altri assessori competenti, sentiti il comitato tecnico-scientifico per la programmazione socio-sanitaria regionale di cui alla legge regionale 28 settembre 1982, n. 49, le conferenze locali per la sanità di cui al successivo art. 12 nonché le università ed è approvato dal Consiglio regionale entro il 30 novembre 1994.
5. Nelle more dell'approvazione del primo Piano Sanitario Regionale di cui al comma 4, i Direttori generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere di cui alla presente legge uniformano la propria attività al perseguimento degli obiettivi generali stabiliti dalla legge regionale 20 settembre 1993, n. 55 e, per quanto in essa non espressamente

previsto, dall'atto di intesa tra lo Stato e le Regioni per la definizione del Piano Sanitario Nazionale relativo al triennio 1994/1996.

Art. 4

(Relazioni sullo stato di salute della popolazione)

1. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione sullo stato di salute della popolazione e sullo stato di attuazione del Piano Sanitario Regionale con allegati i consuntivi delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.
2. La relazione sullo stato di salute della popolazione espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano Sanitario Regionale, illustra analiticamente e comparativamente costi, rendimenti e risultati delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere e fornisce indicazioni per l'ulteriore programmazione.

Art. 5

(Istituzione delle Aziende Unità Sanitarie Locali)

1. Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui all'art. 1 sono istituite negli ambiti territoriali determinati dal Consiglio regionale con deliberazione del 2 marzo 1994, 907, le seguenti Aziende Unità Sanitarie Locali, dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica:

- 1) Unità Sanitaria Locale Roma "A";
- 2) Unità Sanitaria Locale Roma "B";
- 3) Unità Sanitaria Locale Roma "C";
- 4) Unità Sanitaria Locale Roma "D";
- 5) Unità Sanitaria Locale Roma "E";
- 6) Unità Sanitaria Locale Roma "F";
- 7) Unità Sanitaria Locale Roma "G";
- 8) Unità Sanitaria Locale Roma "H";
- 9) Unità Sanitaria Locale Latina;
- 10) Unità Sanitaria Locale Frosinone;
- 11) Unità Sanitaria Locale Viterbo;
- 12) Unità Sanitaria Locale Rieti.

2. Ulteriori modificazioni degli ambiti territoriali delle Aziende Unità Sanitarie Locali sono determinate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sentite le Province interessate.

3. La Giunta regionale determina con propria deliberazione la sede legale delle Aziende Unità Sanitarie Locali in via provvisoria e provvede, entro il 31 dicembre 1994, su proposta del Direttore generale, ad individuarla in via definitiva.

Art. 12

(Conferenza locale sociale e sanitaria) (1)

1. I Comuni esprimono il bisogno sanitario della popolazione. A tal fine in ciascuno dei comprensori socio-sanitari di cui all'art. 5, comma 1, è istituita la conferenza locale sociale e sanitaria (1), composta dai Sindaci dei Comuni compresi nel comprensorio socio-sanitario. Per i Comuni articolati nelle circoscrizioni di decentramento a norma dell'art. 13 della legge 8 giugno 1990, n. 142, alla conferenza locale sociale e sanitaria (1) partecipano il Sindaco ed i presidenti dei consigli circoscrizionali.

2. La conferenza locale sociale e sanitaria (1) ha sede presso la sede dell'Azienda Unità Sanitaria Locale ed è presieduta dal Sindaco del Comune o dal presidente della circoscrizione con maggior numero di abitanti.

3. Nei comprensori socio-sanitari nei quali siano compresi comuni, circoscrizioni, ovvero Comuni e circoscrizioni in numero superiore a cinque, la conferenza locale sociale e sanitaria (1) esercita le proprie funzioni attraverso un comitato di rappresentanza composto da cinque membri eletti nel suo seno.

4. Ai fini della rappresentanza di cui al comma 3, ciascun Sindaco o presidente di consiglio circoscrizionale dispone di un numero di voti pari al numero degli abitanti residenti nel Comune o nella circoscrizione arrotondato a cento per difetto o per eccesso, per frazioni, rispettivamente, inferiori e pari o superiori a cinquanta. I dati relativi alla popolazione devono essere riferiti all'ultimo censimento ufficiale.

5. I conteggi di cui al comma 4 sono effettuati a cura del Sindaco o del presidente del consiglio circoscrizionale rispettivamente, del Comune o della circoscrizione con maggior numero di abitanti, il quale provvede all'indizione delle elezioni. Le votazioni sono effettuate con voto limitato ad un solo nominativo. Risultano eletti i nominativi che hanno riportato il maggior numero di voti. La proclamazione degli eletti è effettuata dal Sindaco o dal presidente del consiglio circoscrizionale che ha indetto le elezioni.

6. Il comitato di rappresentanza che ha sede presso la sede della conferenza locale sociale e sanitaria (1), elegge nel suo seno il presidente a maggioranza dei componenti. Per la validità delle sedute è richiesta la maggioranza dei componenti, che si esprimono a maggioranza.

7. I Sindaci e i presidenti dei consigli circoscrizionali possono delegare le proprie funzioni.

(1) Denominazione così sostituita dall'art. 70, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11.

Art. 13

(Funzioni e relative modalità di esercizio della conferenza locale sociale e sanitaria) (1)

1. La conferenza locale sociale e sanitaria (1) o il comitato di rappresentanza per la finalità di cui all'art. 12, comma 1:
 - a) definisce, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
 - b) esamina il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e rimette alla Giunta regionale le relative osservazioni;
 - c) verifica l'andamento generale dell'attività dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
 - d) contribuisce alla definizione dei piani programmatici dell'Azienda Unità Sanitaria Locale;
 - e) trasmette le proprie valutazioni e propri suggerimenti al Direttore generale e alla Giunta regionale che sono tenuti a fornire entro trenta giorni risposta motivata.
2. Ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, la conferenza locale sociale e sanitaria (1) o il comitato di rappresentanza, ove costituito, può prendere visione degli atti e dei documenti amministrativi e contabili dell'Azienda Unità Sanitaria Locale e chiedere notizie sull'andamento della stessa al Direttore generale, al Collegio sindacale e alla Regione.
3. Il comitato di rappresentanza della conferenza locale sociale e sanitaria (1) informa della propria attività la conferenza stessa ed acquisisce dai Sindaci e dai presidenti dei consigli circoscrizionali le indicazioni sui bisogni sanitari della popolazione.
4. Per la stessa finalità di cui al comma 3, il presidente della conferenza locale sociale e sanitaria (1) convoca annualmente una assemblea di tutti i Sindaci e presidenti dei consigli circoscrizionali compresi nel territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.
- 4-bis. Per l'attuazione dell'art. 12 e del presente articolo e per quanto non previsto, la conferenza locale sociale e sanitaria (1) adotta un apposito regolamento (2).

(1) Denominazione così sostituita dall'art. 70, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11.

(2) Comma aggiunto dall'art. 4 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 19 e successivamente così modificato dall'art. 70, comma 1, della legge regionale n. 11/2016.

Art. 14

(Conferenza sanitaria cittadina)

1. Per i Comuni articolati in circoscrizioni di decentramento, compresi nel territorio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale è istituita una conferenza sanitaria cittadina composta dal Sindaco che la presiede e da tutti i presidenti dei consigli circoscrizionali, con il compito di esprimere alla conferenza locale sociale e sanitaria (1) e al relativo comitato di rappresentanza il bisogno sanitario complessivo della popolazione del Comune.

(1) Denominazione così sostituita dall'art. 70 della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11.

Art. 19

(Distretti Sanitari)

1. I Distretti sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle Aziende Unità Sanitarie Locali, con caratteristiche di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale.
2. I Distretti assicurano prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e medicina legale nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base e specialistica territoriale, sia mediante erogazione diretta, sia organizzando l'accesso dei cittadini ad altri Presidi o strutture dell'Azienda Unità Sanitaria Locale.
3. L'individuazione della dimensione territoriale dei Distretti in cui si articola ciascuna Azienda Unità Sanitaria Locale è determinata sulla base dei seguenti criteri:
 - a) ciascun Distretto deve coincidere con uno o più comuni, ovvero con una o più circoscrizioni in cui il Comune è suddiviso;
 - b) ciascun Distretto deve comprendere, di norma, una popolazione non inferiore a 40.000 abitanti e nelle aree urbane non inferiore a 80.000 abitanti;
 - c) nelle aree montane l'ambito territoriale del Distretto deve coincidere, ove possibile, con quello dei territori delle comunità montane ricadenti nella medesima provincia.
4. Nel caso in cui le circoscrizioni di decentramento presentino una consistenza di popolazione residente superiore a 80.000 abitanti, la definizione dei Distretti e della loro organizzazione deve essere effettuata in modo tale da favorire l'accessibilità dei servizi da parte degli utenti.

5. I Distretti svolgono, altresì, attività socio-assistenziali eventualmente gestite dall'Azienda Unità Sanitaria Locale per conto degli enti locali ai sensi dell'art. 31 (rectus: "3"; n.d.r.), comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria.

6. Il provvedimento di individuazione dei Distretti è adottato dal Direttore generale entro sessanta giorni dal suo insediamento, sentita la conferenza locale sociale e sanitaria (1), ed è trasmesso alla Giunta regionale per la verifica di conformità ai criteri previsti. Trascorso inutilmente tale termine, la Giunta regionale provvede ad esercitare i poteri sostitutivi procedendo, contestualmente, alla risoluzione del contratto di lavoro del Direttore generale.

7. Ad ogni Distretto è preposto un dirigente, oppure un medico convenzionato secondo le modalità ed in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da ultimo modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (2).

(1) Denominazione così sostituita dall'art. 70, comma 1, della legge regionale 10 agosto 2016, n. 11.

(2) Comma modificato dall'art. 243 della legge regionale 10 maggio 2001, n. 10.

Art. 20

(Organizzazione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere)

1. La Giunta regionale è delegata a disciplinare, con proprio atto da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, nel rispetto dei seguenti criteri:

1) i servizi sono organizzati in Dipartimenti;

2) l'articolazione dei servizi all'interno dei Dipartimenti deve avvenire per funzioni omogenee;

3) l'organizzazione dei servizi e la gestione delle risorse devono essere improntati a flessibilità, anche mediante processi di riconversione professionale e di mobilità del personale e deve essere finalizzata al raggiungimento degli obiettivi prefissati;

4) tutto il personale deve collaborare per il raggiungimento dei risultati dell'attività dell'azienda e ne è corresponsabile;

5) gli orari di servizio, di apertura dei Presidi ed uffici e di lavoro devono essere armonizzati con le esigenze dell'utenza;

6) deve essere assicurata la massima economia di gestione;

7) deve essere realizzata, nell'ambito di ciascun servizio e, se possibile, tra i servizi, l'utilizzazione integrata di presidi, strutture e personale.

2. In attesa del provvedimento della Giunta regionale di cui al comma 1, le Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, si avvalgono del modello organizzativo di cui all'art. 27 della legge regionale 7 gennaio 1987, n. 5 e successive modificazioni, integrazioni e attuazioni regolamentari, in quanto compatibili con la presente legge, con il decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni e con il decreto legislativo del 3 febbraio 1993, n. 29, e successive modificazioni ed integrazioni.

Art. 21

(Personale)

1. Per lo svolgimento dei propri compiti le Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere si avvalgono del personale iscritto nei ruoli nominativi regionali del Servizio Sanitario Nazionale secondo la disciplina contenuta nel decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761 e successive modificazioni nonché del personale a rapporto convenzionale

2. Le piante organiche delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere sono deliberate dal Direttore generale, per quanto riguarda la consistenza qualitativa, in conformità ai ruoli e profili professionali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, così come modificato dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni e del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni ed integrazioni; per quanto riguarda la consistenza quantitativa, le stesse piante organiche sono deliberate in conformità alla legge 24 dicembre 1993, n. 537 (1).

(1) Comma così modificato dall'art. 6 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 19.

Art. 22

(Formazione professionale)

1. Le competenze dei centri didattici polivalenti di cui alla legge regionale 24 giugno 1980, n. 87, sono trasferite ad una apposita unità organizzativa delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

2. Nell'ambito del regolamento delle aziende, è individuato il complesso delle attività formative di cui alla legge regionale 24 giugno 1980, n. 87, nonché i criteri e le modalità, anche organizzative, di svolgimento delle stesse.

3. Presso l'Assessorato alla formazione professionale è costituita una commissione regionale per la formazione professionale per la programmazione delle attività formative del personale socio-sanitario sulla base di quanto previsto dalla programmazione regionale e nazionale.

4. La commissione di cui al comma 3 è costituita da tre dirigenti dell'Assessorato alla formazione professionale, da tre dirigenti dell'Assessorato alla sanità, e da un dirigente dell'Assessorato ai servizi sociali nonché da un rappresentante di ciascuna delle università della Regione Lazio. La commissione è presieduta dall'Assessore alla formazione professionale. Le funzioni di segretario della commissione sono assicurate da un funzionario dell'Assessorato alla formazione professionale di livello non inferiore all'ottavo.

5. I Direttori generali delle Aziende Unità Sanitarie Locali ed ospedaliere propongono annualmente all'Assessorato alla formazione professionale il piano annuale delle attività di formazione e aggiornamento degli operatori socio-sanitari sulla base degli indirizzi programmatici indicati dalla commissione regionale di cui ai commi precedenti.

6. Restano ferme le competenze della consulta regionale per la formazione degli operatori socio-sanitari al cui parere sono sottoposti i piani formativi predisposti dall'Assessorato alla formazione professionale avvalendosi della commissione regionale di cui ai commi precedenti (1).

(1) Comma così modificato dall'art. 7 della legge regionale 19 giugno 1994, n. 19.

Art. 23

(Patrimonio delle Aziende Unità Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere)

1. Tutti i beni mobili, immobili, ivi compresi quelli da reddito di cui all'art. 24, e le attrezzature che alla data di entrata in vigore del decreto legislativo n. 502/1992, facevano parte del patrimonio dei Comune o delle Province con vincolo di destinazione alle Unità Sanitarie Locali, sono trasferiti al patrimonio delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere. Sono parimenti trasferiti al patrimonio delle Aziende Unità Sanitarie Locali i beni di cui all'art. 65, comma 1, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito dall'art. 21 del decreto legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638.

2. I suddetti beni di cui al comma 1 sono classificati in:

a) beni destinati alla erogazione di servizi igienico-sanitari;

b) beni destinati a fornire rendite patrimoniali nonché beni culturali ed artistico-monumentali.

3. I beni di cui alla lettera a) sono trasferiti alle Aziende Unità Sanitarie Locali ed alle Aziende Ospedaliere con decreto del Presidente della Giunta regionale. Per i beni di cui alla lettera b) si applicano le disposizioni di cui all'art. 24.

4. La Giunta regionale individua, con apposito provvedimento, le modalità per il trasferimento dei suddetti beni, nel rispetto della normativa che sarà emanata nella legge regionale concernente la contabilità delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Art. 26

(Riorganizzazione delle Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere) (1)

1. I Direttori generali, nominati ai sensi della presente legge, provvedono a realizzare la progressiva trasformazione e riorganizzazione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, adottando tutti i necessari provvedimenti. Ai predetti fini la Giunta regionale impartisce apposite direttive per:

a) la riorganizzazione della rete dei Distretti socio-sanitari a norma dell'art. 11 nonché l'individuazione di aree sovradistrettuali, di norma coincidenti con i comprensori socio-sanitari di cui alla deliberazione del Consiglio regionale del 23 aprile 1980, n. 913, così come modificata con deliberazione dello stesso Consiglio regionale del 15 luglio 1987, n. 394, per l'erogazione delle prestazioni di secondo livello;

b) alla riorganizzazione dei servizi ai fini di realizzare una maggiore funzionalità ed economicità della gestione;

c) la successione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, secondo le rispettive competenze, nei rapporti giuridici ed economici facenti capo alle Unità Sanitarie Locali preesistenti;

d) la ricognizione delle dotazioni organiche del personale delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere, anche in attuazione della legge regionale 20 settembre 1993, n. 55, ricorrendo anche ai previsti processi di mobilità nonché la nomina dei dirigenti in conformità alla vigente normativa;

e) l'utilizzazione e ricognizione dei beni mobili ed immobili nonché alla formazione delle nuove scritture inventariali in relazione a quanto previsto agli articoli 23 e 24;

f) la gestione contabile e finanziaria con riferimento ai bilanci afferenti alle precedenti Unità Sanitarie Locali.

2. La Giunta regionale, in caso di inadempimento dei Direttori generali, esercita i conseguenti poteri sostitutivi.

(1) Articolo così sostituito dall'art. 9 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 19.

Art. 27

(Funzioni di prevenzione e controllo ambientale)

1. Fermo restando quanto previsto dal decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496, convertito nella legge 21 gennaio 1994, n. 61, con separato provvedimento legislativo verranno disciplinati:

a) le modalità di esercizio della attività di prevenzione e controllo ambientale già di competenza delle Unità Sanitarie Locali e, in particolare, dei Presidi multizonali di prevenzione di cui alla legge regionale 12 febbraio 1988, n. 9;

b) i principi di organizzazione del Dipartimento di prevenzione delle Unità Sanitarie Locali di cui all'art. 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni e le relative modalità di collegamento con le strutture di prevenzione e controllo ambientale nonché con l'Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e della Toscana.

Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 – Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali (*Articoli estratti*).

Capo I
Disposizioni generali

Art. 1
(*Oggetto e finalità*)

1. Al fine di garantire l'erogazione di prestazioni efficaci e sicure ed il miglioramento continuo della qualità delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, la Regione, con la presente legge, detta norme in materia di:

a) autorizzazioni, rispettivamente, alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, da parte di soggetti pubblici e privati, previste dall'articolo 8-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modifiche, di seguito denominato "decreto legislativo";

b) accreditamento istituzionale, previsto dall'articolo 8-quater del decreto legislativo, attraverso il quale si riconosce ai soggetti autorizzati, pubblici e privati, la possibilità di esercitare attività sanitarie e socio-sanitarie a carico del Servizio Sanitario Regionale;

c) accordi contrattuali, previsti dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo, mediante i quali la Regione e le Aziende Unità Sanitarie Locali regolano i reciproci rapporti con i soggetti, pubblici e privati, accreditati.

Art. 2
(*Compiti della Regione*)

1. La Regione:

a) definisce con apposito atto programmatico, adottato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, in coerenza con il Piano Sanitario Regionale:

1) il fabbisogno complessivo di assistenza in ambito regionale, nonché in rapporto alla localizzazione territoriale delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture;

2) il fabbisogno di assistenza secondo le funzioni sanitarie e socio-sanitarie individuate dal Piano Sanitario Regionale per garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, gli eventuali livelli integrativi locali e le esigenze connesse all'assistenza integrativa, nonché la quantità di prestazioni accreditabili in eccesso rispetto al suddetto fabbisogno, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate;

b) stabilisce, sulla base della normativa vigente, i requisiti minimi per la realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie;

c) effettua la verifica di compatibilità ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie, di seguito denominata "autorizzazione alla realizzazione" (1);

d) rilascia l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di seguito denominata "autorizzazione all'esercizio";

e) stabilisce, ai fini dell'accreditamento istituzionale, i requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'articolo 8-quater, comma 1, del decreto legislativo, nonché gli indicatori ed i livelli di accettabilità dei relativi valori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;

f) rilascia l'accreditamento istituzionale, di seguito denominato "accreditamento";

g) determina la disciplina degli accordi contrattuali di cui al capo IV.

(1) Lettera così modificata dall'art. 8, comma 5, lettera a), della legge regionale 20 maggio 2019, n. 8.

Art. 3
(*Compiti dei Comuni*)

1. I Comuni rilasciano l'autorizzazione alla realizzazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie ai sensi dell'articolo 6.

Capo II
Disposizioni in materia di autorizzazioni alla realizzazione
di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie

Art. 4
(*Strutture ed attività soggette ad autorizzazione*)

1. Sono soggette alle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio:

a) le strutture che erogano prestazioni di assistenza specialistica in regime ambulatoriale ivi comprese quelle riabilitative;

b) le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuzie e/o postacuzie;

c) le strutture sanitarie e socio-sanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale;

d) gli stabilimenti termali;

e) (*Omissis*) (1)

2. Sono soggette all'autorizzazione all'esercizio, altresì, le attività di assistenza domiciliare, gli studi odontoiatrici, medici e di altre professioni sanitarie, ove attrezzati per erogare prestazioni di chirurgia ambulatoriale, ovvero procedure diagnostiche e terapeutiche di particolare complessità o che comportino un rischio per la sicurezza del paziente, nonché le strutture esclusivamente dedicate ad attività diagnostiche (2).

2-bis. Lo svolgimento dell'attività professionale medica o sanitaria non ricompresa all'interno delle tipologie di cui al comma 2, presso studi, anche organizzati in forma associata o condivisa tra medici e altri esercenti professioni sanitarie regolamentate in ordini professionali, è soggetta a comunicazione di inizio attività nel rispetto della normativa in materia di igiene, sanità e sicurezza dei locali (3).

(1) Lettera soppressa dall'art. 27, comma 1, della legge regionale 28 dicembre 2006, n. 27.

(2) Comma modificato dall'art. 27, comma 2, della legge regionale n. 27/2006.

(3) Comma aggiunto dall'art. 31, comma 1, lettera a), della legge regionale 11 agosto 2021, n. 14.

Art. 5

(Requisiti modalità e termini per il rilascio delle autorizzazioni)

1. La Regione entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge (1):

a) stabilisce, con apposito provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, nonché le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, i requisiti minimi, anche integrativi rispetto a quelli indicati dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, per il rilascio delle autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio (2);

b) definisce, con regolamento, le modalità e i termini per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio (3).

1-bis. I soggetti titolari delle strutture di cui all'articolo 4, comma 2, nelle more della verifica del possesso dei requisiti minimi di cui al comma 1, lettera a), del presente articolo con la procedura prevista dall'articolo 7, sono autorizzati all'esercizio dell'attività sulla base dell'invio alla Regione di atto di notorietà concernente il possesso dei requisiti minimi di cui allo stesso comma 1, lettera a) (4).

2. La Giunta regionale provvede all'aggiornamento dei requisiti minimi di cui al comma 1, lettera a), ogni qualvolta l'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie o la normativa lo rendono necessario.

(1) Alinea modificato dall'art. 20, comma 14, lettera a), numero 1) della legge regionale 27 febbraio 2004, n. 2.

(2) Lettera modificata dall'art. 20, comma 14, lettera a), numero 2) della legge regionale n. 2/2004.

(3) Lettera modificata dall'art. 2, comma 73, lettera a) della legge regionale 14 luglio 2014, n. 7 e successivamente dall'art. 8, comma 5, lettera b), della legge regionale 20 maggio 2019, n. 8.

(4) Comma inserito dall'art. 1, comma 77, della legge regionale 11 agosto 2008, n. 14.

Art. 8

(Istanza di riesame)

1. Nel caso di diniego dell'autorizzazione all'esercizio, l'interessato può presentare alla Regione, entro trenta giorni dal ricevimento del provvedimento, le proprie controdeduzioni mediante istanza di riesame.

2. La Regione decide sull'istanza nei termini previsti dal regolamento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b).

Art. 9

(Cessione e decadenza dell'autorizzazione all'esercizio)

1. La voltura dell'autorizzazione all'esercizio è disposta dalla Regione entro e non oltre quarantacinque giorni dalla domanda, previa verifica della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del subentrante in ordine al possesso dei requisiti soggettivi stabiliti dal provvedimento di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a), e della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del cedente in ordine alla persistenza dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi stabiliti nel citato provvedimento. La voltura dell'autorizzazione all'esercizio può essere concessa anche in riferimento ad un singolo complesso di attività svolte all'interno di strutture già autorizzate all'esercizio (1).

1-bis. Qualora la struttura sia anche accreditata, la voltura dell'accreditamento è disposta con unico provvedimento, entro il termine sopra previsto, previa verifica della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del cedente in ordine alla persistenza dei requisiti ulteriori di accreditamento stabiliti dal provvedimento di cui all'articolo 13, comma 1 e della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà del subentrante in ordine ai requisiti soggettivi individuati dal medesimo provvedimento. Resta salva la facoltà dell'amministrazione regionale di subordinare l'esito positivo del procedimento all'assunzione, da parte del subentrante, di eventuali debiti maturati dal cedente derivanti dai controlli ai sensi dell'articolo 8-octies del decreto legislativo n. 502/1992 o da provvedimenti di condanna per responsabilità amministrativa o contabile e correlati all'esercizio della funzione sanitaria (2).

1-ter. Si applicano le disposizioni di cui al comma 5-bis dell'articolo 6 (3).

1-quater. Restano salvi i poteri di vigilanza e controllo delle Aziende Sanitarie Locali sulle strutture site nel territorio di competenza (3).

2. In caso di decesso della persona fisica autorizzata, gli eredi hanno facoltà di continuare l'esercizio dell'attività per un periodo non superiore a un anno dal decesso, entro il quale gli eredi stessi possono cedere a terzi l'autorizzazione all'esercizio, nel rispetto di quanto previsto al comma 1, o chiedere alla Regione di provvedere alla voltura a loro favore.

3. L'autorizzazione all'esercizio decade nei casi di:

- a) estinzione della persona giuridica autorizzata;
- b) rinuncia del soggetto autorizzato;
- c) provvedimenti definitivi sanzionatori dell'autorità giudiziaria;
- d) cessione dell'autorizzazione all'esercizio in mancanza dell'assenso regionale di cui al comma 1 ovvero dell'inutile decorso del periodo di cui al comma 2;
- e) mancato inizio dell'attività entro il termine di sei mesi dal rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, prorogabile dalla Regione una sola volta per gravi motivi rappresentati dal titolare.

(1) Comma dapprima sostituito dall'art. 69, comma 1, lettera e), della legge regionale 22 ottobre 2018, n. 7 e successivamente così modificato dall'art. 16, comma 2, della legge regionale 27 febbraio 2020, n. 1.

(2) Comma dapprima aggiunto dall'art. 69, comma 1, lettera f), della legge regionale n. 7/2018 e poi così modificato dall'art. 8, comma 5, lettera h), della legge regionale 20 maggio 2019, n. 8.

(3) Comma aggiunto dall'art. 69, comma 1, lettera f), della legge regionale n. 7/2018.

Art. 10

(Verifica periodica dei requisiti minimi)

1. I soggetti autorizzati all'esercizio inviano alla Regione, con cadenza annuale, una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà concernente la permanenza del possesso dei requisiti minimi di cui all'articolo 5, comma 1, lettera a) (1).

1-bis. Semestralmente, e comunque entro il 31 gennaio ed entro il 31 luglio di ogni anno, i soggetti autorizzati inviano alla Regione un report riguardante il personale utilizzato nelle singole strutture autorizzate, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali. Il report, distinto tra personale dipendente e personale con contratti atipici, dovrà riportare i dati anagrafici del personale, l'inquadramento professionale, la tipologia di contratto applicata e le ore settimanali medie di impiego nella struttura (2).

2. La Regione può disporre in qualsiasi momento verifiche tese all'accertamento della permanenza dei requisiti che hanno consentito il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio, secondo quanto previsto all'articolo 7, comma 3.

(1) Comma così modificato dall'art. 31, comma 1, lettera c), punto 1, della legge regionale 11 agosto 2021, n. 14.

(2) Comma aggiunto dall'art. 31, comma 1, lettera c), punto 2, della legge regionale n. 14/2021.

Art. 11

(Vigilanza, sospensione e revoca dell'autorizzazione all'esercizio)

1. Nel caso di violazione delle norme della presente legge, la Regione diffida il soggetto autorizzato all'esercizio a provvedere alla regolarizzazione entro il termine massimo di novanta giorni.

2. La Regione, qualora sia decorso inutilmente il termine di cui al comma 1, ordina la sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e la chiusura della struttura fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento. La riapertura della struttura e la ripresa dell'esercizio devono essere appositamente autorizzate.

3. Nel caso di gravi o ripetute violazioni di legge o di gravi disfunzioni assistenziali, la Regione dispone la revoca dell'autorizzazione all'esercizio.

Capo III
Disposizioni in materia di accreditamento istituzionale

Art. 13
(Requisiti e procedure per il rilascio dell'accreditamento)

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce, con apposito provvedimento, sentita la competente commissione consiliare, i requisiti ulteriori di qualificazione per il rilascio dell'accreditamento nonché gli indicatori ed i livelli di accettabilità dei relativi valori per la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti in relazione alle prestazioni accreditate.
2. Con il provvedimento di cui al comma 1 sono, altresì, individuati:
 - a) il sistema di classificazione dei soggetti accreditati, in rapporto al grado di adesione ai requisiti, anche ai fini della differenziazione delle prestazioni erogabili e della loro remunerazione;
 - b) i requisiti essenziali la cui mancanza comporta la revoca dell'accreditamento ai sensi dell'articolo 16, comma 3, lettera a).
3. La Regione, entro il termine di cui al comma 1, definisce, con regolamento, le procedure per la richiesta ed il rilascio dell'accreditamento, assicurando la valutazione prioritaria delle richieste dei soggetti che operano o che richiedono di operare in ambiti territoriali privi o carenti di strutture accreditate (1).
4. La Regione, per la redazione del provvedimento di cui al comma 1 e del regolamento di cui al comma 3, si avvale dell'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) (2).
5. La Giunta regionale provvede all'aggiornamento dei requisiti di cui al comma 1 ed al comma 2, lettera b), ogni qualvolta l'evoluzione delle tecnologie e delle pratiche sanitarie o la normativa lo rendono necessario, prevedendo specifici tempi di adeguamento.

(1) Comma modificato dall'art. 20, comma 14, lettera b), numero 1) della legge regionale 27 febbraio 2004, n. 2.

(2) Comma modificato dall'art. 20, comma 14, lettera b), numero 2) della legge regionale n. 2/2004 e successivamente dall'art. 8, comma 5, lettera i) della legge regionale 20 maggio 2019, n. 8.

Art. 14
(Accreditamento)

1. I soggetti autorizzati all'esercizio ai sensi dell'articolo 7 che intendono ottenere l'accreditamento inoltrano la relativa richiesta alla Regione con le modalità previste dal regolamento di cui all'articolo 13, comma 3.
2. La Regione provvede ad effettuare la verifica della funzionalità rispetto al fabbisogno di assistenza ed alla quantità di prestazioni accreditabili in eccesso risultanti dall'atto programmatico di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), numero 2).
3. In caso di verifica positiva, la Regione espleta l'attività istruttoria con le procedure previste dal regolamento di cui all'articolo 13, comma 3, ed esprime un parere di accreditabilità.
4. L'accreditamento è rilasciato, negato o rilasciato sotto condizione con deliberazione della Giunta regionale entro venti giorni dal ricevimento del parere di accreditabilità.
5. L'accreditamento ha validità per il periodo di vigenza del Piano Sanitario Regionale e, comunque, per non oltre cinque anni.
6. La richiesta di rinnovo dell'accreditamento è inoltrata alla Regione, con le modalità previste dal regolamento di cui all'articolo 13, comma 3, almeno sei mesi prima della data di scadenza del precedente accreditamento. Il rinnovo dell'accreditamento è concesso previa verifica della permanenza dei requisiti ai sensi dell'articolo 10.
7. La Giunta regionale, nel caso di richiesta di accreditamento da parte dei soggetti autorizzati alla realizzazione di nuove strutture o all'esercizio di nuove attività in strutture preesistenti, può, secondo le procedure definite dal regolamento di cui all'articolo 13, comma 4, rilasciare l'accreditamento temporaneo ai soli fini e per il tempo necessario alla verifica del volume di attività svolto e della qualità dei risultati raggiunti. In caso di verifica positiva, la durata dell'accreditamento decorre dalla data di rilascio dell'accreditamento temporaneo.

Art. 15
(Istanza di riesame)

1. Nel caso di diniego dell'accreditamento, l'interessato può presentare alla Regione, entro trenta giorni dal ricevimento del provvedimento, le proprie controdeduzioni mediante istanza di riesame.
2. La Giunta regionale decide sull'istanza nei termini previsti dal regolamento di cui all'articolo 13, comma 3.

Art. 16
(Vigilanza, sospensione e revoca dell'accreditamento istituzionale)

1. La Regione, avvalendosi dell'OTA, può verificare in ogni momento la permanenza dei requisiti per l'accreditamento e l'attuazione delle azioni eventualmente indicate nell'ipotesi di accreditamento rilasciato sotto condizione (1).

2. Nel caso in cui venga riscontrata la perdita di requisiti per l'accreditamento o siano violati gli accordi contrattuali di cui all'articolo 18, la Regione diffida il soggetto accreditato a provvedere alla regolarizzazione entro un congruo termine.
3. La Giunta regionale, qualora non ritenga sufficienti le giustificazioni addotte o sia decorso inutilmente il termine di cui al comma 2:
 - a) ordina la sospensione dell'accreditamento fino a quando non siano rimosse le cause che hanno determinato il provvedimento, se si tratta di perdita dei requisiti di cui all'articolo 13, comma 1;
 - b) dispone la revoca dell'accreditamento, se si tratta di perdita dei requisiti essenziali individuati dalla Giunta stessa ai sensi dell'articolo 13, comma 2, lettera b), o di violazione degli accordi di cui all'articolo 18.
4. L'accreditamento non può essere sospeso per un periodo superiore a tre anni. Decorso inutilmente tale periodo, l'accreditamento è revocato.
5. L'accreditamento è sospeso o revocato, rispettivamente, in caso di sospensione o revoca dell'autorizzazione all'esercizio ai sensi dell'articolo 11.

(1) Comma così modificato dall'art. 8, comma 5, lettera l), della legge regionale 20 maggio 2019, n. 8.

Art. 17

(Anagrafe dei soggetti accreditati)

1. La Giunta regionale determina le modalità di realizzazione dell'anagrafe dei soggetti accreditati e di collegamento con l'Organismo tecnicamente accreditante (OTA) e le Aziende Unità Sanitarie Locali, nonché i dati che devono essere raccolti (1).
2. L'elenco dei soggetti accreditati, distinti per classe di appartenenza della struttura e per tipologia di prestazioni erogabili, nonché gli ulteriori dati determinati dalla Giunta regionale, sono pubblicati annualmente sul Bollettino ufficiale della Regione.

(1) Comma così modificato dall'art. 8, comma 5, lettera i) della legge regionale 20 maggio 2019.

Art. 17-bis

(Norme di salvaguardia dell'occupazione) (1)

1. Nell'ambito dei processi di accreditamento istituzionale la Giunta regionale opera per salvaguardare i livelli occupazionali del settore.
2. La Giunta regionale predispone finanziamenti per la formazione professionale e l'aggiornamento del personale sanitario e delle strutture sottoposte a procedura di accreditamento.
3. Eventuali processi di mobilità dei lavoratori e degli operatori determinati dai processi di accreditamento istituzionale vengono affrontati all'interno di procedure di concertazione tra le parti.

(1) Articolo aggiunto dall'art. 68 della legge regionale 27 febbraio 2004, n. 2.

Capo IV

Disposizioni in materia di accordi contrattuali

Art. 18

(Accordi contrattuali)

1. Gli accordi contrattuali, nella forma di accordi con i soggetti pubblici ed equiparati accreditati e nella forma di contratti con i soggetti privati accreditati, regolano, secondo la disciplina determinata dalla Giunta regionale ai sensi dell'articolo 19, la tipologia, la quantità e le caratteristiche delle prestazioni erogabili agli utenti del Servizio Sanitario Regionale, la relativa remunerazione a carico del servizio sanitario medesimo, nell'ambito di livelli di spesa determinati in coerenza con le scelte della programmazione regionale, il debito informativo dei soggetti erogatori nonché le modalità per il controllo esterno sull'appropriatezza e la qualità dell'assistenza e delle prestazioni erogate.

Art. 19

(Determinazione della disciplina degli accordi contrattuali)

1. La Giunta regionale, con apposito provvedimento, da emanarsi entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare e previa intesa con le organizzazioni dei soggetti pubblici ed equiparati accreditati e dei soggetti privati accreditati rappresentative a livello regionale, determina la disciplina degli accordi contrattuali e, in particolare:

a) individua le responsabilità riservate alla Regione e quelle attribuite alle Aziende Unità Sanitarie Locali nella definizione, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;

b) detta indirizzi per redigere i programmi di attività delle strutture interessate, precisando le funzioni e le attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità risultanti dal Piano Sanitario Nazionale;

c) indica il piano delle attività relative alle alte specialità e ai servizi di emergenza;

d) fissa i criteri per stabilire, secondo il sistema di classificazione dei soggetti accreditati, di cui all'art. 13, comma 2, lettera a), la remunerazione delle prestazioni, anche nei casi in cui le strutture hanno erogato prestazioni in eccesso rispetto al programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

Legge regionale 3 agosto 2004, n. 9 – Istituzione dell’Azienda regionale per l’emergenza sanitaria ARES 118 (*Articoli estratti*).

Art. 1

(Emergenza sanitaria)

1. L'emergenza sanitaria costituisce una funzione propria della Regione il cui esercizio è affidato al Servizio Sanitario Regionale.
2. Il sistema di emergenza sanitaria gestisce la fase di allarme e di risposta extraospedaliera, nonché la fase di risposta ospedaliera.
3. La presente legge disciplina l'organizzazione, il coordinamento e la gestione della fase di allarme e di risposta extraospedaliera all'emergenza sanitaria.

Art. 2

(Istituzione dell’Azienda Regionale per l’Emergenza Sanitaria ARES 118)

1. È istituita l’Azienda Regionale per l’Emergenza Sanitaria, di seguito denominata ARES 118, con sede in Roma.

Art. 3

(Natura giuridica)

1. L’ARES 118 è ente dipendente della Regione, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico.

Art. 4

(Competenze)

1. L’ARES 118 espleta le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di risposta extraospedaliera alle emergenze sanitarie, ivi compresa l'emergenza neonatale, di trasporto del sangue, degli organi e di trasporti secondari legati al primo intervento.
2. L’ARES 118 provvede, inoltre, al raccordo con le attività svolte dai medici di medicina generale addetti alla continuità assistenziale nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria territoriale.
3. Nell'esercizio delle proprie competenze l’ARES 118:
 - a) si raccorda con le Aziende sanitarie e con tutti gli altri enti ed organismi pubblici e privati accreditati che operano nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria, al fine di garantire l'integrazione delle rispettive attività e di assicurare la continuità assistenziale in emergenza, disponendo in tempo reale di informazioni relative alla disponibilità della struttura più idonea al trattamento;
 - b) cura la gestione ed il coordinamento dell'attività di elisoccorso e del personale sanitario dell’ARES 118 operante sui mezzi addetti all'elisoccorso, in conformità a quanto disposto dal regolamento UE n. 965/2012 della Commissione sui requisiti tecnici e le procedure amministrative per quanto riguarda le operazioni di volo, e redige annualmente un dettagliato rapporto, da sottoporre alla Regione e alla commissione consiliare competente in materia di sanità, in cui sono indicati:
 - 1) i volumi degli interventi;
 - 2) l'identificazione e la valorizzazione di tutti i costi diretti;
 - 3) l'identificazione, per singolo paziente, dei luoghi d'intervento per presa in carico e destinazione;
 - 4) le ore di volo dedicate per ogni singolo intervento (1).
 - c) esprime parere preventivo sull'accREDITAMENTO degli organismi a scopo non lucrativo iscritti nell'elenco regionale previsto dall'articolo 2, comma 18, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modifiche, che svolgono attività nell'ambito del sistema di emergenza sanitaria, cura il rapporto con gli organismi stessi ed esercita la vigilanza sulle relative attività;
 - d) attiva procedure per l'eventuale utilizzazione dei mezzi di soccorso autorizzati al funzionamento, gestiti dagli organismi di cui alla lettera c) e dagli altri enti ed organismi pubblici e privati, ivi compresa l'Associazione italiana della Croce rossa, accreditati ai sensi della normativa vigente;
 - e) opera, se necessario, in raccordo funzionale con le altre Regioni e, nei casi di maxiemergenza, anche d'intesa con le amministrazioni centrali competenti in materia di protezione civile.
4. L’ARES 118 svolge attività di supporto tecnico-scientifico alla Regione in materia di programmazione e organizzazione del sistema sanitario extraospedaliero e, in particolare, relativamente a:
 - a) elaborazione dei dati in merito alla qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie nel settore dell'emergenza;
 - b) progettazione, promozione e sviluppo di attività organizzativo-gestionali innovative per l'efficienza, l'efficacia e il miglioramento qualitativo del servizio di emergenza.
5. L’ARES 118 assicura alla struttura della Giunta regionale competente in materia di politiche sanitarie i flussi informativi sulle attività di propria competenza con le modalità definite d'intesa con la stessa struttura e può avvalersi di quest'ultima anche per la definizione di specifici indicatori atti a valutare la qualità del servizio e delle prestazioni erogate e la percezione

della qualità stessa da parte degli utenti. Può avvalersi altresì dell'Agenda regionale per la protezione ambientale del Lazio (ARPA) e dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana, secondo le disposizioni previste dalle leggi regionali 6 ottobre 1998, n.45 e successive modifiche e 6 agosto 1999, n.11, nonché, mediante apposite convenzioni, degli altri enti, istituzioni ed organismi aventi finalità di studio, formazione e ricerca nell'ambito del sistema sanitario (2).

6. L'ARES 118 svolge la propria attività in coerenza con gli obiettivi, gli indirizzi e i criteri indicati dal Piano Sanitario Regionale e nel rispetto degli altri atti regionali di indirizzo e coordinamento e di direttiva.

7. L'attività di integrazione con i medici di base di cui al comma 2 è realizzata dall'ARES 118 assicurando nell'ambito dei loro compiti:

- a) la continuità assistenziale del sistema di allerta;
- b) l'intervento tempestivo.

(1) Lettera modificata dall'art. 2 della legge regionale 24 novembre 2014, n. 11.

(2) Comma modificato dall'art. 36, comma 2, lettera b) della legge regionale 28 giugno 2013, n. 4.

Art. 5

(Sistema informativo dell'emergenza)

1. Il sistema informativo dell'emergenza è composto dal complesso dei flussi informativi tra l'ARES 118, l'ASP e le strutture sanitarie e non sanitarie.

2. Il sistema di cui al comma 1 è supportato da un sistema informatico e radiotelecomunicativo integrato e viene organizzato e gestito in conformità agli indirizzi determinati dalla Giunta regionale.

Art. 6

(Sistema di allarme sanitario)

1. Il sistema di allarme sanitario è articolato su cinque centrali operative provinciali, Roma, Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo e una centrale operativa regionale.

Art. 12

(Atto aziendale)

1. L'atto aziendale è l'atto di diritto privato che disciplina l'organizzazione ed il funzionamento dell'ARES 118, in conformità alle disposizioni della presente legge ed agli specifici criteri stabiliti dalla Giunta regionale nonché nel rispetto del principio di distinzione tra attività di programmazione, indirizzo e controllo, di competenza degli organi istituzionali, ed attività di gestione, di competenza dei dirigenti.

2. L'atto aziendale, in particolare, determina:

- a) la sede legale e gli elementi identificativi dell'azienda sanitaria;
- b) la missione particolare che l'ARES 118 assume nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
- c) le funzioni del Direttore generale e del Collegio sindacale;
- d) la composizione e l'elezione del consiglio dei sanitari, gli atti da sottoporre al parere dello stesso e le modalità del suo funzionamento;
- e) l'organizzazione interna articolata in strutture semplici e complesse ed in eventuali Dipartimenti, la localizzazione delle centrali operative a livello regionale e provinciale e delle postazioni dei mezzi di soccorso nonché le modalità di collegamento tra i diversi servizi del sistema di emergenza sanitaria;
- f) la costituzione del Dipartimento dell'assistenza o, in sua assenza, la formalizzazione dei servizi infermieristici e delle altre professioni sanitarie presenti nell'azienda stessa;
- g) la dotazione organica e le risorse strumentali, ivi comprese le strutture tecnologiche e informatiche e i mezzi di soccorso;
- h) le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti;
- i) le funzioni attribuite al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario ed agli altri dirigenti e le modalità per il conferimento di eventuali deleghe, individuando, altresì, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno;
- l) il sistema dei controlli interni;
- m) le procedure e l'oggetto delle consultazioni delle organizzazioni sindacali;
- n) le modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contraatta direttamente la fornitura di beni e servizi il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa in materia, secondo le norme di diritto privato;
- o) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'ARES 118 con le altre Aziende sanitarie nonché con gli enti ed organismi di cui all'articolo 4, comma 3;
- p) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema.

3. L'atto aziendale è redatto dal Direttore generale ed è adottato con provvedimento del Direttore stesso, previa consultazione delle organizzazioni sindacali.

4. L'atto aziendale è trasmesso alla Regione per la verifica di conformità alle disposizioni della presente legge ed ai criteri stabiliti dalla Giunta regionale.
5. La Giunta regionale, qualora rilevi la mancanza di conformità di cui al comma 3, rinvia, entro il termine di quarantacinque giorni dalla data di ricevimento, l'atto aziendale al Direttore generale per i necessari adeguamenti, che devono essere comunicati alla Regione. Decorso tale termine ovvero, in caso di rinvio, a seguito della comunicazione alla Regione dei relativi adeguamenti, l'atto aziendale è pubblicato sul BUR.
6. L'atto aziendale può essere modificato dal Direttore generale con le modalità di cui ai commi 2, 3 e 4.

Art. 13

(Organizzazione e personale)

1. L'organizzazione dell'ARES 118 è determinata dall'atto aziendale ai sensi dell'articolo 12.
2. Dall'ARES 118 dipende tutto il personale utilizzato nei diversi momenti della fase di allarme e di risposta extraospedaliera alle emergenze sanitarie. In particolare, dipende dall'ARES 118 il personale addetto alle centrali operative provinciali e alle postazioni dei mezzi di soccorso nonché quello impegnato alla conduzione dei mezzi di soccorso.
3. Al personale dell'ARES 118 si applica la normativa legislativa e contrattuale vigente per il personale del Servizio Sanitario Regionale.
4. L'ARES 118 assicura la formazione e l'aggiornamento continuo e permanente del personale dipendente e, previe specifiche intese, di quello non dipendente che opera in regime di accreditamento. La formazione e l'aggiornamento sono finalizzati a promuovere la qualificazione uniforme e mirata alle attività di emergenza, la valorizzazione delle competenze tecniche delle singole professionalità nonché la capacità di operare in modo integrato e interdisciplinare.

Art. 15

(Indirizzo e coordinamento, direttiva, vigilanza e controllo regionale)

1. La Regione esercita nei confronti dell'ARES 118 le funzioni di indirizzo e coordinamento, direttiva, vigilanza e controllo previste dalla normativa vigente per le altre Aziende sanitarie, ivi comprese la verifica dei risultati aziendali conseguiti dal Direttore generale trascorsi diciotto mesi dalla nomina e ogni altra valutazione dell'attività del Direttore stesso.

Art. 1

(Istituzione e finalità del Registro tumori di popolazione della Regione Lazio)

1. La presente legge istituisce il Registro tumori di popolazione della Regione Lazio, di seguito denominato Registro tumori della Regione Lazio, con una copertura estesa a tutto il territorio regionale.
2. Le finalità programmatiche del Registro tumori della Regione Lazio sono così definite:
 - a) realizzare la raccolta, l'elaborazione e la registrazione di dati statistici completi, di buona qualità e validati scientificamente, provenienti da molteplici fonti di flussi informativi in campo sanitario, per incidenza, prevalenza e sopravvivenza, secondo l'andamento spaziale e temporale, dei casi di tumore anche infantili che si verificano nella popolazione della Regione;
 - b) rappresentare uno strumento di consultazione per progetti regionali, nazionali ed internazionali, di ricerca anche transnazionale in oncologia;
 - c) essere di supporto per piani regionali per le cure palliative e terapia del dolore;
 - d) contribuire, attraverso i dati prodotti, alla valutazione dell'appropriatezza dei trattamenti terapeutici in oncologia, alla rilevazione di eventuali differenze nell'accesso alle cure erogate al paziente oncologico, in relazione alle condizioni socio-economiche e all'area geografica di provenienza;
 - e) consentire interventi mirati di prevenzione primaria e valutazioni per l'attivazione di campagne specifiche di diagnosi precoce oncologica quali screening oncologici;
 - f) essere strumento di monitoraggio sull'efficacia dei programmi di screening oncologici, tradizionali e/o sperimentali attivi ed operativi presso le Aziende Sanitarie Locali della Regione;
 - g) essere strumento di supporto per gli studi epidemiologici finalizzati all'analisi dell'impatto dell'ambiente sull'incidenza della patologia oncologica, attraverso uno studio integrato matrici ambientali-matrici umane;
 - h) realizzare un'informazione continua e completa nei confronti della popolazione della Regione anche in relazione ad episodi di concentrazioni spazio-temporali di casi oncologici (cluster).

Art. 2

(Organizzazione e gestione del Registro tumori della Regione Lazio)

1. Il Registro tumori della Regione Lazio costituisce parte integrante del Sistema informativo sanitario regionale.
2. Il Registro tumori della Regione Lazio è allocato presso il Dipartimento di epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale, di seguito denominato DEP Lazio, ed è collegato funzionalmente a cinque Unità come di seguito indicate:
 - a) Unità funzionale della Città metropolitana di Roma presso l'Istituto nazionale tumori "Regina Elena" (IRCCS – IFO);
 - b) Unità funzionale presso l'Azienda Sanitaria Locale Frosinone;
 - c) Unità funzionale presso l'Azienda Sanitaria Locale Latina;
 - d) Unità funzionale presso l'Azienda Sanitaria Locale Rieti;
 - e) Unità funzionale presso l'Azienda Sanitaria Locale Viterbo;
 - f) Unità funzionale regionale dei tumori infantili presso il DEP Lazio.
3. Il responsabile del Registro tumori della Regione Lazio è nominato dal Direttore del DEP Lazio, individuato tra i Direttori delle Unità operative complesse del Dipartimento medesimo, con documentata esperienza almeno decennale in epidemiologia.
4. Per i fini di cui al comma 2, il Direttore generale delle Aziende Sanitarie Locali e dell'Istituto nazionale tumori "Regina Elena" (IRCCS-IFO) entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge identifica l'Unità operativa presso la quale è allocata la relativa Unità funzionale, il referente medico responsabile ed il personale addetto alla rilevazione, codifica ed archiviazione dei casi.
5. L'Unità funzionale regionale dei tumori infantili provvede alla registrazione dei dati relativi agli ammalati di tumore della Regione per le fasce di età da zero ai quattordici anni e dai quindici ai diciannove anni.
6. Le attività del Registro tumori della Regione Lazio hanno carattere continuativo.
7. Per facilitare l'interscambio, anche a livello nazionale, dei flussi informativi tra i diversi registri tumori secondo quanto indicato dal Piano oncologico nazionale (PON) 2010-2012, il Registro tumori della Regione Lazio provvede ad accreditarsi presso l'Associazione italiana registri tumori (AirTum Onlus) per inserire i dati prodotti nella banca dati AirTum (AirTum BD), secondo procedure tecniche indicate nei protocolli AirTum sulla definizione delle norme di accesso alla banca dati stessa.

Art. 3

(Fonti dei flussi informativi e organizzazione delle attività)

1. Il Registro tumori della Regione Lazio procede alle attività di rilevamento, catalogazione, elaborazione e registrazione

dei dati individuali, sanitari e amministrativi sugli ammalati di tumore, attraverso l'utilizzo delle seguenti fonti di flussi informativi in campo sanitario:

- a) schede di dimissione ospedaliera (SDO);
 - b) schede di morte trasmesse dal Registro nominativo delle cause di morte (ReNCaM);
 - c) schede di morte trasmesse dagli archivi anagrafici comunali;
 - d) banche dati dell'anagrafe degli assistiti;
 - e) archivio dei referti dei servizi di anatomia patologica di cui all'articolo 9;
 - f) archivio delle prescrizioni appartenenti alla farmaceutica ospedaliera (File-F);
 - g) archivio delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - h) registri di esenzione ticket per patologia oncologica;
 - i) banche dati dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS) sulle attività delle commissioni per l'invalidità civile;
 - l) banca dati dell'Associazione italiana ematologia oncologia pediatrica (AIEOP).
2. Per le attività di cui al comma 1, il regolamento regionale di cui all'articolo 13 definisce le modalità dell'estrazione dei dati dai flussi informativi, la periodicità della trasmissione dei dati al responsabile dell'Unità funzionale nonché la periodicità del flusso dei dati dalle Unità funzionali al DEP Lazio.
3. I servizi clinici ospedalieri sono tenuti alla collaborazione con le Unità funzionali per la raccolta dei dati non inclusi nei sistemi informativi correnti, quali cartelle cliniche e referti radiologici, su richiesta dei responsabili dell'Unità funzionale medesima.
4. Il Registro tumori della Regione Lazio e le Unità funzionali possono utilizzare qualunque altra fonte di flussi informativi ritenuta utile e/o necessaria per le finalità di cui alla presente legge. In particolare per i tumori ematologici possono essere utilizzati database specializzati, supportati da reti relative a linfomi e mielodisplasie.

Art. 4

(Collaborazione dei Comuni)

1. I Comuni collaborano alle operazioni svolte dal Registro tumori della Regione Lazio sui dati sanitari ed amministrativi degli ammalati e provvedono ad indicare la sezione di censimento dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT).

Art. 5

(Istituzione del Comitato tecnico-scientifico del Registro tumori della Regione Lazio)

1. È istituito il Comitato tecnico-scientifico del Registro tumori della Regione Lazio, di seguito denominato Comitato tecnico-scientifico, che si riunisce ogni sei mesi presso l'assessorato regionale competente in materia di sanità.
2. I membri del Comitato tecnico-scientifico restano in carica tre anni, salvo rinnovo, e sono:
 - a) il Direttore del DEP Lazio con funzioni di coordinatore;
 - b) i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali o loro delegati;
 - c) il Direttore generale dell'Istituto nazionale tumori "Regina Elena" (IRCCS- IFO);
 - d) il responsabile del Registro mesoteliomi della Regione Lazio o suo delegato;
 - e) il responsabile regionale della Società italiana di anatomia patologica e citologia diagnostica (SIAPEC-IAP) o suo delegato;
 - f) un componente delegato, nominato dall'Associazione italiana registri tumori (AirTum Onlus);
 - g) un componente delegato nominato dalla Rete oncologica regionale e dall'Associazione italiana di oncologia medica (AIOM);
 - h) un componente delegato dalle associazioni di tutela dei diritti del malato;
 - i) un componente delegato dall'Associazione italiana ematologia oncologia pediatrica (AIEOP).
3. Il Comitato tecnico-scientifico ha funzioni di indirizzo, di controllo degli standard e dei sistemi e metodi utilizzati, di valutazione di qualità e di adesione a linee guida, di formazione e di aggiornamento.

Art. 6

(Coordinamento del Registro tumori della Regione Lazio)

1. Al fine di coordinare le attività del Registro tumori della Regione Lazio, il DEP Lazio indice, con cadenza trimestrale, riunioni di coordinamento a cui partecipano:
 - a) il Direttore del DEP Lazio o suo delegato;
 - b) il referente della registrazione dei tumori infantili del DEP Lazio;
 - c) i responsabili delle Unità funzionali;
 - d) un funzionario nominato dall'assessorato regionale competente in materia di sanità.
2. Nelle riunioni di cui al comma 1 si provvede:
 - a) a monitorare l'andamento della raccolta e della gestione dei dati prodotti da ciascuna Unità funzionale nonché della raccolta dei dati dei tumori infantili;

- b) alla validazione scientifica dei dati prodotti e trasmessi periodicamente dalle Unità funzionali al DEP Lazio;
- c) a redigere ogni tre mesi una relazione sulle attività del Registro tumori della Regione Lazio che viene trasmessa al Comitato tecnico-scientifico;
- d) a supportare, in collaborazione con l'Associazione italiana registri tumori (AirTum Onlus), le attività di formazione individuate dal Comitato tecnico-scientifico ed a partecipare all'elaborazione dei relativi programmi di formazione.

Art. 7

(Spese per le attività del Registro tumori della Regione Lazio)

1. Le voci di spesa ammissibili per lo svolgimento delle attività del Registro tumori della Regione Lazio, con obbligo di rendicontazione analitica annuale all'assessorato regionale competente in materia di sanità, sono le seguenti:
 - a) acquisto di beni strumentali, ivi compresi sistemi hardware e software;
 - b) spese per le attività di coordinamento di cui all'articolo 6 e del Comitato tecnico-scientifico;
 - c) spese per comunicazioni e informazioni con particolare riguardo alla pubblicazione di atti e/o documenti, anche su richiesta;
 - d) spese generali.
2. I componenti del Comitato tecnico-scientifico operano a titolo gratuito.

Art. 8

(Rapporti di cooperazione del Registro tumori della Regione Lazio con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta)

1. I medici di medicina generale, prevalentemente in forma associata, ed i pediatri di libera scelta partecipano alle attività del Registro tumori della Regione Lazio, e sono tenuti a collaborare per la raccolta dei dati relativi a casi accertati o sospetti di tumori nonché a casi in cui le terapie hanno mostrato la loro efficacia.

Art. 9

(Istituzione del Registro dei referti dei servizi di anatomia patologica)

1. Per le finalità della realizzazione del Registro tumori della Regione Lazio è istituito il Registro dei referti dei servizi di anatomia patologica (RSAP) che rappresenta la fonte di dati per l'accertamento diagnostico delle patologie tumorali e per la determinazione della morfologia, della topografia, dello stadio e grado della malattia nonché degli effetti prodotti dalle terapie adottate.
2. Il RSAP raccoglie i dati dei referti dei servizi di anatomia patologica relativi a prelievi e a pezzi operatori di interesse oncologico.
3. La banca dati è realizzata nell'ambito del Sistema informativo regionale, che si avvale del supporto di Lait S.p.A., e gestita dal DEP Lazio in collaborazione con l'assessorato regionale competente in materia di sanità e con i servizi di anatomia patologica pubblici e accreditati della Regione.
4. Il regolamento regionale di cui all'articolo 13 definisce:
 - a) l'iter per la realizzazione del RSAP;
 - b) l'assegnazione delle competenze per la definizione della standardizzazione nella refertazione e nella codifica topografica e morfologica, per la definizione di un tracciato record e per l'allestimento della piattaforma informatica;
 - c) le misure adottate per la protezione dei dati personali;
 - d) la quota parte del finanziamento per il Registro tumori della Regione Lazio e per il RSAP necessaria per l'avvio del sistema.
5. I servizi di anatomia patologica sono tenuti ad adattare i propri sistemi informativi in relazione alla necessità di implementare il flusso centrale, secondo gli standard definiti.

Art. 10

(Monitoraggio delle attività del Registro tumori della Regione Lazio)

1. In caso di interruzione della trasmissione delle fonti dei flussi informativi di cui alla presente legge per un periodo superiore a un mese, il Comitato tecnico-scientifico provvede ad inviare apposito sollecito formale al responsabile che gestisce la fonte del flusso informativo di cui si è interrotta la trasmissione, fissando un termine non superiore a quindici giorni per ripristinare le procedure informatizzate di trasmissione.
2. Il DEP Lazio provvede alla pubblicazione dei dati statistici registrati dal Registro tumori della Regione Lazio entro il 31 dicembre su apposita sezione del sito web della Regione dal titolo "Registro tumori di popolazione della Regione Lazio".
3. Entro il 31 marzo di ogni anno la direzione regionale competente in materia di sanità presenta alla commissione

consiliare competente una relazione sullo stato delle attività del Registro tumori della Regione Lazio evidenziando:

- a) il grado di conseguimento delle finalità programmatiche del Registro tumori della Regione Lazio;
 - b) l'eventuale interruzione della trasmissione telematica di flussi informativi, le azioni poste in essere per ripristinare le procedure di trasmissione dei dati e la loro efficacia;
 - c) le altre eventuali criticità emerse nello svolgimento delle attività;
 - d) l'utilizzo dei dati prodotti e registrati per la programmazione sanitaria regionale.
4. La relazione di cui al comma 3 è pubblicata su apposita sezione del sito web della Regione dal titolo "Registro tumori di popolazione della Regione Lazio".

Art. 11

(Richiesta di elaborazione ed estrazione di dati statistici dal Registro tumori della Regione Lazio)

1. Il Registro tumori della Regione Lazio produce elaborazioni ed estrazioni di dati statistici sugli ammalati di tumore in riferimento a determinate aree geografiche subcomunali, anche su richiesta di enti pubblici, Aziende Ospedaliere, università, amministratori locali, studi medici, ricercatori, cittadini, associazioni di volontariato e/o fondazioni con qualifica di ONLUS.
2. La richiesta di cui al comma 1, depositata presso il Registro tumori della Regione Lazio, deve essere motivata da fini scientifici e/o di studio e/o processuali specificati nella domanda.
3. Il responsabile del Registro tumori della Regione Lazio provvede a fornire risposta scritta entro centoventi giorni, previo parere vincolante del Comitato tecnico-scientifico.

Art. 12

(Rapporti di cooperazione del Registro tumori della Regione Lazio con le associazioni di volontariato e/o con fondazioni con qualifica di ONLUS)

1. La presente legge promuove forme di partecipazione delle associazioni di volontariato e/o delle fondazioni con qualifica di onlus alle attività del Registro tumori della Regione Lazio.
2. Le associazioni e/o fondazioni di cui al comma 1, attive nel settore della tutela della salute umana e della prevenzione oncologica, possono chiedere audizioni al Comitato tecnico-scientifico.

Art. 13

(Regolamento)

1. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente in materia di sanità, adotta, ai sensi dell'articolo 47, comma 2, lettera b), dello Statuto, un regolamento che definisce contenuti, tempi, strumenti dei flussi informativi, inclusa la definizione delle spese di cui all'articolo 7. In particolare definisce compiti e attività del DEP Lazio e delle Unità funzionali di cui all'articolo 2.
2. Il regolamento definisce inoltre le modalità di attuazione della normativa statale in materia di protezione dei dati personali, in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e successive modifiche. Vengono definiti le tipologie di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite dal registro, i soggetti che possono avere accesso ai registri e le misure per la custodia e per la sicurezza dei dati.

Art. 14

(Clausola valutativa)

1. Il Consiglio regionale, tramite la commissione consiliare competente, esercita il controllo sull'attuazione della presente legge e ne valuta i risultati ottenuti. A tal fine la Giunta regionale, trascorsi due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge e con successiva periodicità biennale, avvalendosi anche dei dati e delle informazioni prodotte dal Comitato tecnico-scientifico, presenta al Consiglio regionale una relazione sullo stato di attuazione e sull'efficacia della legge. In particolare la relazione dovrà contenere dati e informazioni su:
 - a) livello raggiunto relativo alla mappatura di tutte le patologie tumorali nel territorio regionale;
 - b) interventi da parte della Giunta regionale nella programmazione sanitaria e nella rimodulazione dell'offerta sanitaria territoriale ed ospedaliera, anche in termini di campagne di prevenzione specifiche per aree geografiche o tipologia di screening, che tengano conto delle analisi e delle ricerche elaborate grazie ai dati raccolti dal Registro tumori della Regione Lazio;
 - c) criticità riscontrate nella gestione del Registro tumori della Regione Lazio, in particolare le anomalie nella corretta e completa ricezione dei flussi di dati, e interventi posti in essere per ridurre al minimo le interruzioni.

2. La Regione può promuovere forme di valutazione partecipata coinvolgendo cittadini e soggetti attuatori degli interventi previsti.
3. Le competenti strutture del Consiglio e della Giunta regionale si raccordano per la migliore valutazione della presente legge.

Art. 1
(Finalità)

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 2, 3, 32 e 97 della Costituzione, nell'ambito delle politiche giovanili, delle pari opportunità e della tutela della salute sessuale e della fertilità maschile, riconosce la rilevanza delle patologie uro-andrologiche e l'importanza della conoscenza delle stesse e dei suoi effetti in ambito sanitario, sociale e familiare, anche al fine di agevolare la prevenzione, la diagnosi precoce e il miglioramento delle cure. A tal fine, promuove anche la diffusione della conoscenza delle principali malattie uro-andrologiche attraverso campagne di informazione e prevenzione nelle scuole.

Art. 2
(Unità funzionali multidisciplinari
Centro di riferimento regionale)

1. La Regione promuove l'individuazione, presso le Aziende Sanitarie Locali, di unità funzionali multidisciplinari integrate finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle patologie uro-andrologiche.
2. È promossa l'individuazione di un centro di riferimento regionale dedicato alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle patologie uro-andrologiche.
3. Per le finalità della presente legge la Regione promuove, inoltre, la collaborazione tra urologi, andrologi, pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e medici dei Distretti.

Art. 3
(Raccolta e monitoraggio dei dati sulle patologie
uro-andrologiche)

1. La Regione, nel rispetto della normativa europea e statale in materia di protezione dei dati personali, provvede, attraverso il Dipartimento di epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) Lazio, alla raccolta e al monitoraggio dei dati ai fini della rilevazione e dello studio delle patologie uro-andrologiche.
2. I dati raccolti dal DEP Lazio possono essere utilizzati per la programmazione sanitaria nell'ambito delle patologie dell'apparato urogenitale maschile, ai fini della valutazione dei trattamenti e degli interventi sanitari nonché della qualità delle cure.

Art. 4
(Giornata regionale per la prevenzione e la cura
delle patologie uro-andrologiche)

1. È istituita la giornata regionale per la prevenzione e la cura delle patologie uro-andrologiche, da celebrare il 19 gennaio di ogni anno.
2. In occasione della giornata regionale di cui al comma 1, sono promosse iniziative di sensibilizzazione e di screening gratuito sulle patologie uro-andrologiche, rivolte principalmente ai ragazzi fino ai ventiquattro anni di età, ed è reso pubblico lo stato di realizzazione e il programma delle iniziative complessivamente previste per il contrasto delle medesime patologie.

Legge regionale 5 dicembre 2019, n. 27 - Disposizioni per promuovere la conoscenza delle tecniche salvavita della disostruzione delle vie aeree e della rianimazione cardiopolmonare anche con l'impiego del defibrillatore nonché delle tecniche di primo soccorso (*Articoli estratti*).

Art. 1
(*Oggetto*)

1. La presente legge detta disposizioni per diffondere la conoscenza delle tecniche salvavita della disostruzione delle vie aeree, con particolare attenzione alla prevenzione del soffocamento accidentale nei bambini, della rianimazione cardiopolmonare anche con l'impiego del defibrillatore in ambiente extra ospedaliero, nonché delle tecniche di primo soccorso.

2. Ai fini di cui al comma 1, la presente legge prevede un Piano triennale di interventi per la promozione delle tecniche salvavita in ambiti familiari, scolastici, sportivi e ricreativi nonché in altri luoghi aperti al pubblico, con elevato flusso di persone e ad alta capacità di aggregazione, diretti alla realizzazione di campagne informative ed educative di sensibilizzazione e di prevenzione primaria e all'attivazione di corsi formativi e di aggiornamento sulle tecniche salvavita di disostruzione delle vie aeree, di rianimazione cardiopolmonare con l'impiego del defibrillatore semiautomatico esterno o di altro tecnologicamente più avanzato, se previsto dalla normativa vigente in materia, nonché sulle tecniche di primo soccorso, con il coinvolgimento attivo dei soggetti che quotidianamente lavorano e vivono a contatto con i minori anche allo scopo di preparare il maggior numero di persone alle tecniche salvavita e di primo soccorso.

Art. 2
(*Ambiti di intervento*)

1. La Regione, per assicurare, con sempre maggiore efficacia ed efficienza, su tutto il territorio regionale, la prevenzione delle morti per soffocamento da cibo o da corpo estraneo e quelle per arresto cardiaco, in età adulta e pediatrica, si impegna a (1):

a) promuovere e organizzare campagne di informazione ed eventi per diffondere una cultura della prevenzione diretta alla divulgazione della conoscenza degli alimenti pericolosi per i bambini, delle modalità che garantiscono massima sicurezza nell'ingestione degli alimenti e delle manovre di disostruzione delle vie aeree, nonché delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare con l'uso del defibrillatore semiautomatico esterno o di altro tecnologicamente più avanzato, se previsto dalla normativa vigente in materia, per le persone adulte e in età pediatrica (BLS-D/PBLSD) e delle tecniche di primo soccorso;

b) promuovere la divulgazione di video e infografiche informativi e dimostrativi delle tecniche di cui alla lettera a) sui siti istituzionali delle Aziende Sanitarie Locali e delle istituzioni scolastiche, nonché attraverso altri canali di comunicazione web e social network;

c) promuovere e sostenere in ambito scolastico, sportivo e ricreativo, nonché nelle medie e grandi strutture di vendita, negli esercizi di somministrazione di bevande e alimenti e nei mercati, con elevato flusso di persone, la formazione e l'aggiornamento sulle manovre e sulle tecniche di cui alla lettera a) degli educatori, del personale docente, degli istruttori, dei genitori e dei familiari, degli studenti che frequentano la scuola secondaria di secondo grado e gli istituti formativi di cui all'articolo 7 della legge regionale 20 aprile 2015, n. 5 (Disposizioni sul sistema educativo regionale di istruzione e formazione professionale) e successive modifiche, nonché del personale addetto alla sicurezza e degli operatori dei vari settori;

d) promuovere e sostenere l'applicazione delle linee di indirizzo per la prevenzione del soffocamento da cibo in età pediatrica, predisposte dal Ministero della Salute, nei servizi educativi per l'infanzia, nelle scuole dell'infanzia, nelle scuole primarie e in tutti i servizi pubblici e privati in cui siano somministrati alimenti ai bambini, anche mediante l'esposizione di tabelle illustrative delle manovre di disostruzione delle vie aeree e raffiguranti i cibi maggiormente responsabili delle ostruzioni delle vie aeree;

e) promuovere e sostenere, anche mediante i bandi di gara, specifici corsi formativi e di aggiornamento per gli operatori che svolgono attività lavorativa nelle mense dei servizi educativi per l'infanzia, delle scuole dell'infanzia e primarie, dei centri ricreativi, diretti alla conoscenza e alla preparazione degli alimenti pericolosi per i bambini e all'apprendimento delle manovre di disostruzione pediatrica delle vie aeree, al fine di ridurre al minimo il rischio di soffocamento;

f) promuovere nelle mense di cui alla lettera e), durante la somministrazione dei pasti, la presenza di almeno un soggetto, appartenente al personale docente o non docente, che sia in possesso di un attestato di conseguimento delle tecniche di salvavita e di primo soccorso;

g) promuovere e sostenere, in attuazione della normativa statale vigente in materia, una diffusione e un utilizzo capillare dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia, in ambiente extra ospedaliero e, in particolare, in ambiti in cui non sia prevista la presenza obbligatoria degli stessi, privilegiando luoghi in cui si pratica l'attività sportiva e quelli con particolare afflusso di pubblico e/o distanti dalle sedi del sistema di emergenza;

h) promuovere una diffusione e un utilizzo dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia, in tutte le farmacie, anche in considerazione della loro capillare distribuzione sul territorio;

i) promuovere nelle strutture che organizzano e svolgono corsi di preparazione al parto, negli studi dei pediatri di libera scelta, nei reparti di pediatria degli ospedali regionali e nei centri vaccinali la divulgazione di materiale informativo nonché corsi formativi per i genitori sulle tecniche di disostruzione, di rianimazione cardiopolmonare pediatrica e di primo soccorso;

l) promuovere la diffusione della cultura e della prevenzione primaria e secondaria nel contesto dei bilanci di salute dei pediatri di libera scelta;

m) promuovere e sostenere iniziative, dirette principalmente ai genitori di bambini in età pediatrica, agli operatori di comunità infantili, agli operatori di assistenza agli anziani e agli operatori dei centri per le famiglie e dei consultori familiari, finalizzate alla corretta individuazione e valutazione delle molteplici situazioni di rischio ambientale e comportamentale, in grado di determinare il soffocamento accidentale, nonché all'apprendimento, anche tramite esercitazioni pratiche, delle corrette condotte da adottarsi per la loro prevenzione e rimozione.

2. Al fine di realizzare gli interventi del presente articolo, oltre a quanto stabilito dall'articolo 3, la Regione promuove protocolli di intesa con i ministeri competenti in materia di salute e istruzione, con le istituzioni scolastiche e formative nonché con gli enti del Terzo Settore che si occupano di prevenzione e formazione sulle tecniche salvavita e di primo soccorso.

(1) Alinea così modificato dall'art. 22, comma 58, lettera a), della legge regionale 27 febbraio 2020, n. 1.

Art. 3

(Piano triennale degli interventi per la promozione delle tecniche salvavita e di primo soccorso)

1. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, adotta, sentita la commissione consiliare competente in materia, il Piano triennale degli interventi per la promozione delle tecniche salvavita e di primo soccorso, di seguito denominato Piano triennale.

2. *(Omissis)* (1)

2. *(Omissis)* (1)

(1) Commi abrogati dall'art. 22, comma 58, lettera b), della legge regionale 27 febbraio 2020, n. 1.

Art. 4

(Programmazione per la diffusione dei defibrillatori semiautomatici esterni)

1. Nell'ambito del Piano triennale la Giunta regionale, in conformità a quanto disposto dal decreto ministeriale 18 marzo 2011 (Determinazione dei criteri e delle modalità di diffusione dei defibrillatori automatici esterni di cui all'articolo 2, comma 46, della legge n. 191/2009), definisce per ciascuna annualità:

a) il numero dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia, da acquistare;

b) i luoghi, gli eventi, le strutture e i mezzi di trasporto dove deve essere garantita la disponibilità dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia, con particolare attenzione alle aree del territorio regionale con minore diffusione di defibrillatori e a quelle con maggiore afflusso di pubblico;

c) il numero delle persone da formare;

d) i contenuti dei corsi formativi e di aggiornamento sull'impiego dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia;

e) le modalità per il monitoraggio sul funzionamento e sulla manutenzione dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia.

Art. 5

(Formazione e aggiornamento sulle tecniche salvavita e di primo soccorso)

1. I corsi formativi e di aggiornamento di cui all'articolo 1, comma 2, sono realizzati dai soggetti iscritti nel registro degli enti riconosciuti dall'Azienda regionale per l'emergenza sanitaria (ARES 118) quali centri di formazione autorizzati ad erogare corsi BLS-D/PBLSD nella Regione con il rilascio dell'autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico esterno o di altro tecnologicamente più avanzato, se previsto dalla normativa vigente in materia, corsi diretti alla prevenzione del soffocamento da cibo o da corpo estraneo e all'acquisizione delle manovre di disostruzione delle vie aeree nonché corsi sulle tecniche di primo soccorso, le cui modalità di svolgimento e i contenuti sono approvati dall'ARES 118.

2. L'ARES 118 provvede al riconoscimento dei centri di formazione di cui al comma 1 nel rispetto della normativa vigente e in particolare dell'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 30 luglio 2015 sul documento di "Indirizzi per il riconoscimento dei soggetti abilitati all'erogazione di corsi di formazione finalizzati al rilascio dell'autorizzazione all'impiego del Defibrillatore Automatico Esterno (DAE) - ai sensi del D.M. 18 marzo 2011".

3. L'ARES 118 provvede alla tenuta e all'aggiornamento del registro dei centri di formazione, del registro dei formatori e di quello dei soggetti autorizzati all'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia.

4. L'ARES 118 provvede alla verifica della sussistenza del possesso dei requisiti previsti dalla normativa per i centri di formazione, per i formatori e per i soggetti di cui al comma 3.

5. I soggetti detentori di defibrillatori semiautomatici esterni o di altri tecnologicamente più avanzati, se previsti dalla normativa vigente in materia, comunicano il possesso del dispositivo e il luogo ove è posizionato all'ARES 118, secondo modalità da quest'ultima determinate, al fine di consentire la tenuta e l'aggiornamento di un registro regionale dei medesimi defibrillatori, da istituire sulla base dei criteri e delle modalità individuati con deliberazione della Giunta regionale.

Art. 6 *(Premialità)*

1. La Regione, nei bandi finalizzati all'erogazione di contributi o di ulteriori benefici comunque denominati, prevede specifiche premialità per i soggetti che abbiano realizzato interventi ai sensi della presente legge o che comunque abbiano realizzato corsi formativi e di aggiornamento sulle tecniche salvavita della disostruzione delle vie aeree e della rianimazione cardiopolmonare con l'impiego del defibrillatore, avvalendosi dei centri di formazione di cui all'articolo 5.

2. Ai fini di cui comma 1, la Giunta regionale adotta un atto di indirizzo nei confronti delle strutture regionali competenti in ordine alla predisposizione dei bandi regionali.

Art. 7 *(Relazione)*

1. La Giunta regionale, entro due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge e successivamente con cadenza annuale, presenta alla commissione consiliare competente in materia di salute e al Comitato per il monitoraggio dell'attuazione delle leggi e la valutazione degli effetti delle politiche regionali una relazione sullo stato di attuazione della stessa e, in particolare, sugli interventi realizzati per la promozione delle tecniche salvavita e di primo soccorso nonché sull'efficacia degli stessi.

Legge regionale 30 marzo 2021, n. 5 – Disposizioni per l'istituzione e la promozione di un percorso a elevata integrazione socio-sanitaria in favore di persone con disabilità "Non collaboranti" (*Articoli estratti*).

Art. 1
(*Finalità*)

1. La Regione, nell'ambito dei principi sanciti dalla Costituzione e dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18, si pone l'obiettivo del superamento delle molteplici problematiche connesse alla prevenzione e alla cura di pazienti ad alta complessità, ossia persone con disabilità che necessitano di sostegni intensivi.
2. Per le finalità di cui al comma 1 la Regione, in particolare, promuove e attiva, attraverso le Aziende Sanitarie Locali territoriali e le aziende ospedaliere, all'interno dei principali ospedali del Lazio, specifici percorsi diagnostico-terapeutici in ambito specialistico, destinati a pazienti disabili affetti da gravi deficit cognitivo-sensoriali, con particolare riguardo a:
 - a) grave deficit intellettivo o di comunicazione tali da compromettere la possibilità di collaborare alle cure;
 - b) gravi deficit psico-motori tali da compromettere la possibilità di collaborare alle cure;
 - c) gravi deficit relazionali o gravi disturbi dello spettro autistico;
 - d) gravi deficit motori, malattie neurodegenerative e neuromuscolari tali da comportare una totale dipendenza per lo svolgimento delle normali attività quotidiane e l'impossibilità di collaborazione alle proprie cure.

Art. 2
(*Percorsi socio-sanitari*)

1. La Regione promuove e attiva (1):
 - a) percorsi diagnostico-terapeutici, prevedendo l'intervento congiunto delle diverse figure professionali che si prendono cura del paziente non collaborante, all'interno dei maggiori ospedali di Roma e del Lazio, che consentano ai pazienti di cui all'articolo 1, comma 2 di accedere facilmente ad esami diagnostici utili e/o necessari a prevenire e curare patologie non direttamente legate alla malattia principale da cui sono affetti e dove si possa sostenerli nell'iter di esami diagnostici o terapie molto complessi;
 - b) percorsi sanitari assistiti e modelli funzionali di accoglienza in ambito ospedaliero, finalizzati a garantire la piena e tempestiva assistenza delle persone disabili gravi, tenuto conto della loro particolare situazione di fragilità e delle peculiari patologie di cui sono portatori;
 - c) un aggiornato archivio informatizzato, tramite la struttura ospedaliera e per ogni paziente che fruisce del progetto "Non collaboranti", in grado di assicurare in tempo reale la raccolta, l'elaborazione e la trasmissione di dati anagrafici, anamnestici e i referti delle prestazioni sanitarie di cui gli stessi hanno usufruito anche attraverso l'utilizzo della Tessera sanitaria - Carta nazionale dei servizi (TS-CNS);
 - d) percorsi formativi periodici e di aggiornamento, nell'ambito della pianificazione regionale in materia di formazione del personale del Servizio Sanitario Regionale, per il personale dedicato alle persone con disabilità grave non collaboranti, inserendo, tra i docenti, familiari esperti di persone con disabilità grave selezionati in collaborazione con le associazioni di rappresentanza;
 - e) azioni di supporto e monitoraggio periodico dello stato di salute delle persone inserite nei percorsi di cui al presente articolo, tramite operatori sanitari opportunamente formati, anche attraverso un costante contatto con i familiari dei pazienti;
 - f) percorsi di supporto psicologico per i familiari che assistono un disabile non collaborante;
 - g) il collegamento funzionale dei suddetti ospedali con i centri regionali di riferimento per patologia e i relativi centri specialistici.
2. Le Aziende Sanitarie Locali provvedono, secondo le linee di indirizzo stabilite nel programma di azione biennale, ad indicare le risorse per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità di cui al decreto del Presidente della Repubblica 12 ottobre 2017 (Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità).
3. Al fine di facilitare l'accesso ai percorsi di cui al comma 1, lettere a) e b), i medici curanti dei pazienti disabili non collaboranti redigono, sulla base di un modello predisposto nell'ambito delle linee guida di cui al comma 5, una scheda riepilogativa della storia clinica dei pazienti che ne evidenzia le criticità e le esigenze.
4. Nei percorsi socio-sanitari disciplinati dal comma 1, lettere a) e b), i pazienti di cui all'articolo 1, comma 2, possono essere accompagnati dal familiare assistente o caregiver familiare.
5. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con deliberazione, sentite la commissione consiliare competente e le organizzazioni e le associazioni designate a partecipare ai lavori della Consulta regionale per i problemi della disabilità e dell'handicap, istituita con legge regionale 3 novembre 2003, n. 36, le linee guida per l'attivazione dei percorsi e dell'archivio di cui al comma 1, lettere a), b) e c), nonché i requisiti, i criteri e le modalità per la partecipazione e l'organizzazione dei percorsi formativi e di aggiornamento di cui al comma 1, lettera d).

(1) Alinea così modificato dall' art. 33, comma 3, della legge regionale 11 agosto 2021, n. 14.

Art. 3
(Attività informativa)

1. La Regione, attraverso campagne informative e di sensibilizzazione, informa e pubblicizza, anche mediante la creazione di apposita sezione sul sito istituzionale della Regione, i percorsi e le azioni previsti dalla presente legge, coinvolgendo le principali associazioni dei pazienti, le associazioni dei familiari, gli assistenti o caregiver familiari, gli ospedali, gli operatori socio-sanitari, gli enti locali, la Consulta regionale e le consulte territoriali per le politiche in favore delle persone con disabilità, nonché gli enti del Terzo settore maggiormente rappresentativi operanti in materia.

Art. 1
(*Finalità*)

1. È istituita l’Azienda regionale sanitaria Lazio.0, di seguito denominata Azienda Lazio.0, allo scopo di razionalizzare e ottimizzare i livelli di efficacia ed efficienza organizzativa del Servizio Sanitario Regionale, attraverso forme di integrazione funzionale di servizi tecnici e operativi a valenza regionale e l’esercizio di funzioni amministrative, gestionali e tecniche di supporto agli enti del Servizio Sanitario Regionale.
2. L’Azienda Lazio.0 persegue lo sviluppo del Servizio Sanitario Regionale fondato su modalità partecipative improntate alla trasparenza e alla condivisione responsabile, al fine di garantire l’equità di accesso ai servizi, la salvaguardia delle specificità territoriali, nonché la qualità delle prestazioni.

Art. 2
(*Natura giuridica e sede*)

1. L’Azienda Lazio.0 è, ai sensi dell’ articolo 11-ter del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42), ente strumentale controllato della Regione ed è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.
2. L’Azienda Lazio.0 ha sede in Roma presso immobili nella disponibilità della Regione o di altri enti del Servizio Sanitario Regionale, individuati con deliberazione della Giunta regionale di cui all’articolo 12, comma 1, senza maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

Art. 3
(*Organi istituzionali*)

1. Sono organi istituzionali dell’Azienda Lazio.0:
 - a) il Direttore generale;
 - b) il Collegio sindacale.
2. Agli organi dell’Azienda Lazio.0 si applicano le disposizioni di cui agli articoli 3-bis e 3-ter 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) e successive modifiche, come integrate dalle disposizioni di cui agli articoli 8, 9, 10, 11, 15 e 16 della legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 (Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere) e successive modifiche e dalle disposizioni del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171 (Attuazione della delega di cui all’ articolo 11, comma 1, lettera p), della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di dirigenza sanitaria) e successive modifiche.

Art. 4
(*Funzioni*)

1. L’Azienda Lazio.0, in raccordo con gli enti del Servizio Sanitario Regionale, esercita le seguenti funzioni:
 - a) definizione di piani di acquisto annuali e pluriennali, per l’approvvigionamento di beni e servizi e per la manutenzione e la valorizzazione del patrimonio mobiliare e immobiliare degli enti del Servizio Sanitario Regionale;
 - b) gestione dell’Health technology assessment (HTA) a supporto dell’organo di governo regionale;
 - c) supporto alla definizione del modello assicurativo del sistema sanitario regionale;
 - d) gestione di procedure di gara, ferme restando le funzioni di centrale di committenza regionale previste dall’ articolo 3, comma 4, della legge regionale 10 agosto 2016, n. 12 (Disposizioni per la semplificazione, la competitività e lo sviluppo della Regione) e dal regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 (Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale) e successive modifiche;
 - e) centralizzazione del sistema dei pagamenti dei fornitori del Servizio Sanitario Regionale;
 - f) governo delle procedure concorsuali centralizzate e gestione del sistema documentale del personale del Servizio Sanitario Regionale, eccettuato l’esercizio di funzioni proprie del datore di lavoro appartenente a ciascun ente del servizio medesimo;
 - g) supporto alla realizzazione di attività di formazione in ambito sanitario e delle procedure di accreditamento per l’educazione continua in medicina (ECM);
 - h) coordinamento e sviluppo del sistema informativo sanitario e delle tecnologie di informazione e comunicazione, nonché del fascicolo sanitario elettronico e della tessera sanitaria;

- i) organizzazione e sviluppo della rete logistica distributiva;
 - l) supporto tecnico alla valutazione di investimenti programmati in sanità attraverso la Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia di cui all'articolo 11;
 - m) promozione di protocolli d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e con gli Osservatori di spesa nazionali e regionali;
 - n) coordinamento degli uffici relazioni con il pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria;
 - o) gestione delle procedure per l'implementazione delle tecnologie connesse all'utilizzo della telemedicina;
 - p) monitoraggio e reportistica del servizio ReCUP volti a consentire l'individuazione di sistemi finalizzati alla riduzione dei tempi delle liste di attesa.
2. Oltre alle funzioni di cui al comma 1, è attribuita all'Azienda Lazio.0 la funzione di potenziare e gestire la Banca dell'osso e del tessuto muscolo-scheletrico.
 3. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della commissione consiliare competente, approva una deliberazione con la quale provvede a regolamentare le funzioni di cui al comma 1.
 4. Oltre alle funzioni di cui al comma 1, la Giunta regionale, con propria deliberazione, previo parere della commissione consiliare competente, può attribuire all'Azienda Lazio.0 l'esercizio di ulteriori funzioni a valenza sovra-aziendale e di supporto al sistema sanitario regionale, per l'ulteriore incremento del livello di efficacia e di efficienza del Servizio Sanitario Regionale.
 5. Gli enti del Servizio Sanitario Regionale si avvalgono dell'Azienda Lazio.0 per l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 4.

Art. 5 (Atto aziendale)

1. L'atto aziendale disciplina l'organizzazione e il funzionamento dell'Azienda Lazio.0 e, nel rispetto della normativa vigente in materia, definisce in particolare:
 - a) la sede legale e gli elementi identificativi dell'Azienda Lazio.0;
 - b) la missione dell'Azienda Lazio.0 nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale;
 - c) le funzioni del Direttore generale, del Collegio sindacale, del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario;
 - d) l'organizzazione interna dell'Azienda Lazio.0, articolata per centri di responsabilità e per centri di costo;
 - e) le risorse strumentali dell'Azienda Lazio.0, comprese le strutture tecnologiche e informatiche;
 - f) il sistema dei controlli interni, il monitoraggio e il supporto alla programmazione;
 - g) le modalità operative e di raccordo con la Giunta regionale e gli altri enti del Servizio Sanitario Regionale.
2. L'atto aziendale è adottato con provvedimento del Direttore generale, sentite le organizzazioni sindacali, in conformità alla normativa vigente, ai criteri e alle linee guida stabiliti con atto di indirizzo approvato dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente. L'atto aziendale è approvato dalla Giunta, previa verifica di conformità eseguita dalla direzione regionale competente. Qualora la verifica di conformità dia esito negativo, la direzione regionale competente rinvia l'atto aziendale al Direttore generale per i necessari adeguamenti, assegnando un termine per provvedere.
3. Le linee guida di cui al comma 2 prevedono, altresì, criteri e modalità al fine di armonizzare le funzioni dell'Azienda Lazio.0 con quelle delle altre aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.
4. L'atto aziendale approvato dalla Giunta regionale è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione e sul sito web istituzionale dell'Azienda Lazio.0.

Art. 9 (Indirizzo e coordinamento, direttive, vigilanza e controllo regionali. Relazione)

1. La Giunta regionale esercita nei confronti dell'Azienda Lazio.0 le funzioni di indirizzo e coordinamento, direttiva, vigilanza e controllo, compresa la verifica dei risultati aziendali conseguiti dal Direttore generale.
2. La Giunta regionale, sentita la commissione consiliare competente, definisce obiettivi e programmi delle attività dell'Azienda Lazio.0.
3. Il Direttore generale dell'Azienda Lazio.0, almeno con cadenza annuale, relaziona alla commissione consiliare competente sull'attività dell'Azienda.
4. La Giunta regionale, in caso di accertata e persistente inerzia o inadempimento da parte degli organi dell'Azienda Lazio.0 nel compimento di atti o provvedimenti obbligatori, esercita il potere sostitutivo previo invito a provvedere entro un congruo termine.

Art. 10

*(Conferenza permanente delle aziende e degli enti
del Servizio Sanitario Regionale)*

1. Al fine di garantire un efficace coordinamento fra l'Azienda Lazio.0, gli enti del Servizio Sanitario Regionale e la Regione, è istituita la Conferenza permanente delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, di seguito denominata Conferenza.
2. La Conferenza è composta dal Direttore della direzione regionale competente in materia di sanità, che la presiede, dai direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio e dal Direttore generale dell'Azienda Lazio.0.
3. La Conferenza si riunisce periodicamente al fine di verificare l'esercizio delle funzioni dell'Azienda Lazio.0 e di migliorare il raccordo tra le aziende.
4. La partecipazione alle sedute della Conferenza è a titolo gratuito.
5. La Conferenza con cadenza annuale redige una relazione scritta sulla propria attività alla commissione consiliare competente in materia ed è audita a richiesta della commissione medesima.

Art. 11

*(Commissione regionale per l'investimento
in tecnologia ed edilizia – CRITE)*

1. Al fine di assicurare un'allocazione di tecnologia efficace, efficiente e sicura in ambiti coerenti con la programmazione regionale e di garantire il monitoraggio, il controllo e il contenimento della spesa, è istituita, presso l'Azienda Lazio.0, la Commissione regionale per l'investimento in tecnologia ed edilizia (CRITE), con il compito di supportare l'organo di governo regionale nella valutazione tecnica dei progetti di investimento in edilizia sanitaria e socio-sanitaria e in grandi macchinari, impianti e attrezzature tecnologiche.
2. La Giunta regionale, con deliberazione da approvare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della commissione consiliare competente, provvede a disciplinare la composizione e il funzionamento della CRITE.
3. La partecipazione alle sedute della CRITE è a titolo gratuito.
4. La CRITE con cadenza annuale redige una relazione scritta sulla propria attività alla commissione consiliare competente in materia ed è audita a richiesta della commissione medesima.