



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Disegno di legge concernente "Istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) e disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale. Modifiche alla legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 (Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna. Abrogazione della legge regionale 26 gennaio 1995, n. 5)".

Relazione

Il disegno di legge istituisce l'Azienda sanitaria unica regionale, di seguito ASUR e, dettando norme di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale, provvede ad attuare la legge regionale 17 novembre 2014, n. 23 ("Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale. Modifiche alle leggi regionali n. 23 del 2005, n. 10 del 2006 e n. 21 del 2012").

Il disegno di legge, nell'articolo 1 dedicato ai principi, delinea un organico e coerente disegno di innovazione del sistema, che, in parte significativa, trova ivi definizione, e in parte è affidato ad una molteplicità di interventi normativi tra cui (lettera c del comma 1) "l'adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale, prevedendo una riduzione del numero delle aziende sanitarie locali, rispetto all'attuale, in coerenza con le norme di riordino del sistema degli enti locali".

Con il presente disegno di legge, quindi, si adempie ad uno dei profili più importanti del progetto riformatore, così come avviato e delineato dalla legge regionale n. 23 del 2014.

Così, viene introdotto un nuovo assetto organizzativo e istituzionale del servizio sanitario regionale, incardinato sul modello di una governance unitaria, in linea con le più recenti e positive esperienze di altre regioni italiane.

Il principio ispiratore della presente proposta nasce dalla necessità di superare le criticità dell'attuale servizio sanitario della Sardegna che:

- non garantisce livelli di qualità dell'assistenza adeguati e uniformi sull'intero territorio regionale, così come evidenziano i principali sistemi di monitoraggio e valutazione definiti a livello nazionale (Griglia LEA, Piano Nazionale Esiti, Atlante della Mortalità evitabile);
- manifesta inefficienze evidenziate dai dati di monitoraggio della spesa, condotto ormai costantemente e con cadenza mensile.

In particolare sono ormai evidenti le carenze di una governance unitaria del Sistema con riferimento alle seguenti funzioni:

- funzione di committenza: avviate nel 2006 a seguito della legge regionale n. 10 del 2006 attraverso un'analisi del fabbisogno finalizzata alla definizione ex-ante dell'offerta degli



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

erogatori privati, è stata riproposta negli anni successivi in modo reiterato e in assenza di interventi evolutivi: per esempio, non sono stati ancora stipulati gli accordi tra aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere, previsti dalla norma nazionale e regionale;

- funzione di governo della domanda, dovuta al ritardo dei processi di riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete territoriale e della rete di emergenza-urgenza, che ha determinato livelli di ospedalizzazione superiori allo standard nazionale ed elevati indici di inappropriatezza delle prestazioni;
- funzione di collaborazione/cooperazione organizzativa e gestionale tra le aziende sanitarie; i dipartimenti funzionali interaziendali istituiti dal Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006-2008 (Oncologia, Radioterapia) non hanno raggiunto minimi livelli di operatività; i programmi di screening oncologici avviati in modalità collaborativa interaziendale nel 2007 sono stati sostituiti nel 2009 dai singoli piani aziendali screening; le uniche esperienze di collaborazione interaziendale in atto riguardano le unioni di acquisto di beni e servizi sanitari;
- funzione di indirizzo e controllo della Regione: particolarmente indebolita nel periodo 2009-2013, durante il quale la gestione delle aziende sanitarie ha goduto di ampi margini di discrezionalità operativa.

Sono altresì evidenti carenze nei processi di gestione delle aziende sanitarie, nell'attribuzione delle funzioni tecniche e operative delle articolazioni organizzative. La diffusione del modello dipartimentale territoriale o ospedaliero presenta ancora livelli di elevata eterogeneità nelle aziende sanitarie e non sono stati avviati interventi di valutazione della performance degli stessi. Non sono mai state avviate, anche in forma sperimentale, esperienze di autonomia economico-finanziaria dei distretti sanitari e dei presidi ospedalieri attraverso la formulazione di budget.

Il modello di cui alla presente proposta presenta le seguenti caratteristiche generali:

- mantenimento in capo all'Azienda sanitaria unica regionale e rafforzamento delle funzioni di committenza e di gestione e di valutazione dell'appropriatezza della produzione, attraverso la stipula di contratti con gli erogatori privati e di accordi con le aziende ospedaliere (AO e AOU);
- le funzioni di programmazione aziendale (piani preventivi delle attività, programma sanitario annuale e triennale), di gestione (attraverso il governo dell'offerta dei presidi ospedalieri e dei distretti sanitari) e di controllo sono mantenute nell'ambito delle funzioni unitarie dell'Azienda sanitaria unica regionale;
- istituzione delle Aree socio-sanitarie locali con funzioni di raccordo organizzativo (tra direzione dell'Azienda sanitaria unica regionale e territori, tra distretti afferenti alla stessa Assl, tra



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ospedali e distretti) e di supporto tecnico-amministrativo alle attività assistenziali; le Assl svolgono funzioni di catalizzatore e facilitatore dei processi di riorganizzazione, su delega della direzione generale della Asur;

- sviluppo dell’operatività gestionale e dell’autonomia economico-finanziaria dei presidi unici di area omogenea (di cui alla proposta di riordino della rete ospedaliera ora in discussione nella Commissione VI del Consiglio regionale) e dei distretti che costituiscono l’articolazione territoriale della Assl e il luogo proprio dell’integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell’ambito degli obiettivi e delle risorse assegnate;
- sviluppo degli interventi di continuità delle cure tra ospedale e territori, anche attraverso la realizzazione di strutture intermedie (ospedali di comunità e case della salute) già previste nella legge regionale n. 23 del 2014;
- mantenimento delle funzioni di indirizzo di programmazione, di valutazione e di controllo in capo alla Regione, in coerenza con quanto confermato dalla legge regionale n. 23 del 2014 (ruolo di capofila).

Come ultimo punto, ma non per importanza, il modello proposto consente di realizzare importanti economie di scala derivanti dall’accentramento di funzioni no core in capo all’Asur, salvaguardando la prossimità dell’erogazione delle prestazioni sanitarie. Sulla base di un recente studio dell’Università di Venezia Ca’ Foscari, riguardante l’impatto che i processi di accorpamento delle aziende sanitarie locali hanno prodotto nella struttura dei costi dei servizi sanitari delle regioni italiane, si stimano significativi risparmi relativi ai costi amministrativi, al costo di acquisto dei beni (sanitari e non sanitari) e al costo di acquisto di servizi non sanitari, stimati fino al 20% sul totale dei costi in questione e fino al 5% del totale dei costi di produzione. In tal modo le risorse che si liberano potrebbero essere destinate al miglioramento della qualità dell’assistenza e all’ammodernamento strutturale e tecnologico (non più procrastinabile data la vetustà delle strutture e delle tecnologie sanitarie attualmente in dotazione alle aziende sanitarie).

L’Azienda sanitaria unica regionale, la cui istituzione è stata prevista dall’art. 1 della legge regionale 28 dicembre 2015, n. 36, recante “Misure urgenti per l’adeguamento dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale e ulteriore proroga dei commissari ASL” è titolare di compiti e funzioni che la recente esperienza della sanità sarda ha dimostrato meritevoli di un esercizio unitario, che, tuttavia, allo scopo di garantire un adeguato funzionamento del sistema complessivo, si collocano in un contesto organizzativo caratterizzato, altresì, dall’attribuzione alle strutture di prossimità – quali sono le Aree socio-sanitarie locali – di importanti e consistenti poteri



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

di coordinamento della gestione territoriale e decentrata dei servizi.

In tal modo, nelle intenzioni del legislatore della presente proposta, si definisce una organica e uniforme disciplina del governo delle politiche e dei servizi sanitari regionali, che costituendo un'innovazione di sistema ritenuta appropriata con gli obiettivi di razionalizzazione, mira a perseguire la sostenibilità del sistema stesso e a migliorare la qualità e l'adeguatezza dei servizi sanitari e socio-sanitari, al fine di tendere ad assicurare la tutela del diritto fondamentale alla salute, di cui all'art. 32 della Costituzione.

La presente proposta, come espressamente statuito dall'art. 1, lett. c), della legge regionale n. 23 del 2014, risulta armonica con il riordino del sistema delle autonomie locali della Sardegna, di cui alla legge regionale n. 2 del 4 febbraio 2016, entrata in vigore il 12 febbraio di quest'anno.

L'articolo 1 racchiude l'oggetto (comma 1) dell'intervento normativo, di introduzione di disposizioni di adeguamento dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale, la cui principale misura è costituita dall'istituzione dell'ASUR (comma 2), peraltro già prevista dalla recentissima legge regionale n. 36 del 2015. Dalla data del 1° luglio 2016, la proposta sancisce la nascita dell'ASUR determinando, conseguentemente, la soppressione delle attuali aziende sanitarie locali (comma 3), nei cui rapporti attivi e passivi, oltre che nel patrimonio e nelle funzioni, succede l'ASUR medesima.

Il comma 5 contiene l'elencazione della aziende sanitarie della Sardegna, aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione, esse sono:

- a) l'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) coincidente con l'ambito territoriale della Sardegna;
- b) l'Azienda ospedaliera "G. Brotzu";
- c) l'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari;
- d) l'Azienda ospedaliero-universitaria di Sassari;
- e) l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS).

L'articolo 2 disciplina l'organizzazione e le funzioni dell'ASUR, le cui competenze, da esercitarsi nel rispetto degli indirizzi impartiti dall'esecutivo regionale, nonché dall'assessorato alla sanità, sono scolpiti dal comma 1.

Si tratta di funzioni idonee ad essere esercitate in modo unitario, che attengono alle seguenti materie:



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- a) programmazione aziendale e gestione complessiva dell'erogazione dei servizi sanitari e socio sanitari;
- b) omogeneizzazione e armonizzazione dei processi gestionali nel territorio regionale;
- c) accentramento, per quanto di competenza di tutte le aziende sanitarie della Sardegna, dei processi di aggregazione della domanda di beni e servizi e di approvvigionamento degli stessi;
- d) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure concorsuali e selettive, del trattamento economico del personale, dei magazzini e della relativa logistica, delle reti informatiche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, delle tecnologie sanitarie e della valutazione dell'impatto delle stesse;
- e) gestione accentrata, secondo gli indirizzi della Giunta regionale, per tutte le aziende sanitarie della Sardegna, delle procedure di gara per la progettazione, realizzazione, manutenzione, alienazione, concessione e locazione degli immobili costituenti patrimonio delle Aziende sanitarie;
- f) definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipula dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, ai sensi dell'articolo 8 della legge regionale n. 10 del 2006.

L'organizzazione e il funzionamento dell'ASUR sono regolati dall'atto aziendale (comma 2), cui è affidata la disciplina dell'organizzazione delle aziende, previsto dall'art. 9 della legge regionale n. 10 del 2006, il cui primo periodo del comma 3 viene sostituito dal comma 3 della presente proposta, che innovando nel relativo procedimento di formazione, prevede la sua adozione da parte del direttore generale, sentita la Conferenza permanente Regione-enti locali, entro sessanta giorni dall'emanazione dei relativi indirizzi, predisposti dalla Giunta regionale, previo parere della commissione consiliare competente.

L'articolo 3 rubricato "Direttore generale dell'ASUR. Modifiche all'articolo 10 della legge regionale n. 10 del 2006" precisa che il direttore generale, il direttore amministrativo e il direttore sanitario, che compongono il vertice di governo dell'ente, soggiacciono alla disciplina dettata dall'art. 10 della legge regionale n. 10 del 2006; la stessa disposizione consente che il direttore generale possa delegare il direttore amministrativo, sanitario, di dipartimento, di Area socio-sanitaria locale o di struttura complessa per il compimento di atti specifici o categorie di atti (comma 1).

Il direttore generale dell'ASUR è nominato dalla Giunta regionale, nel rispetto del procedimento regolato dalla specifica disciplina, utilizzando l'elenco degli idonei costituito secondo le norme che



**REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

regolano la materia (comma 2).

Il comma 3 si limita a prevedere che "al comma 1 dell'articolo 10 della legge regionale n. 10 del 2006 (che disciplina i poteri, nonché le procedure di nomina e revoca del direttore generale delle aziende sanitarie) le parole "nel testo vigente al 31 dicembre 2005" sono sostituite dalle seguenti "e successive modifiche e integrazioni".

Il comma 4 e il comma 5 contengono la novella dei commi 4 e 5 dell'articolo 10 della legge regionale n. 10 del 2006.

E infatti, il comma 4 è così sostituito dal comma 4 del presente articolo: "Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale, la Giunta regionale verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi di cui alle lettere a) e b) del comma 2 dell'articolo 16 e, sentito il parere della Conferenza permanente Regione-enti locali, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine. La disposizione si applica in ogni altro procedimento di valutazione dell'operato del direttore generale, salvo quanto disposto dal comma 5."

Il comma 5 è così sostituito dal comma 5 del presente articolo: "Quando ricorrano gravi motivi o la gestione presenti una situazione di grave disavanzo o in caso di violazione di leggi o del principio di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione, la Giunta regionale risolve il contratto dichiarando la decadenza del direttore generale e provvede alla sua sostituzione, previo parere della Conferenza permanente Regione-enti locali. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. La Conferenza permanente Regione-enti locali, nel caso di manifesta inattuazione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale, può chiedere alla Giunta regionale di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto."

L'articolo 4 completando il nuovo assetto organizzativo del sistema sanitario regionale, istituisce le Aree socio-sanitarie locali, dando così vita ad una innovativa e originale articolazione dell'ordinamento aziendale, al fine di coniugare l'avanzata centralizzazione del sistema con la prossimità territoriale dei servizi e delle strutture.

L'articolo definisce le finalità e i caratteri di questa nuova articolazione organizzativa dell'Azienda.

Quanto alle prime (le funzioni), le Aree socio-sanitarie locali concorrono a garantire il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza, in condizioni di efficienza e di appropriatezza, la partecipazione degli enti locali e dei cittadini alla programmazione socio sanitaria e il coordinamento con le attività socio sanitarie e sociali (comma 1).

Quanto alle seconde (i caratteri) le Aree socio-sanitarie locali costituiscono articolazioni



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

organizzative dell'Azienda sanitaria unica regionale, i cui ambiti sono individuati nell'atto aziendale dell'Azienda sanitaria unica regionale coerentemente con il Piano di riordino territoriale di cui all'articolo 4 della legge regionale 4 febbraio 2016, n. 2 (comma 2).

Il comma 3 ha ad oggetto la disciplina delle funzioni delle Aree socio-sanitarie locali, che risultano coerenti con la ratio della loro costituzione.

I compiti fondamentali delle stesse vengono descritti sulla base di due distinti criteri di classificazione: con il primo, è statuito, in termini generali, che le Aree socio-sanitarie locali "svolgono funzioni di coordinamento delle reti assistenziali e di governo unitario delle attività territoriali, ospedaliere e di integrazione socio sanitaria nel territorio di riferimento" e sono dotate di autonomia gestionale secondo gli indirizzi strategici aziendali e sulla base degli obiettivi e delle risorse ad esse attribuiti.

Con il secondo, attraverso un'elencazione puntuale delle funzioni, le stesse sono così enumerate nel comma 4, prevedendo che le Aree socio-sanitarie locali:

- a) coordinano, in base agli indirizzi strategici aziendali, la programmazione territoriale, mediante analisi dei bisogni e definizione dei volumi di attività, e gli obiettivi assistenziali relativi al territorio di riferimento, nel limite delle risorse assegnate dall'Azienda sanitaria unica regionale per i diversi livelli e sub livelli assistenziali;
- b) garantiscono e promuovono la partecipazione dei cittadini alle funzioni dell'Area socio-sanitaria locale;
- c) organizzano la presa in carico e i percorsi assistenziali delle persone in condizioni di cronicità e di fragilità assicurando risposte integrate ai bisogni complessi socio sanitari;
- d) garantiscono i rapporti di informazione e collaborazione tra l'Azienda sanitaria unica regionale e gli enti locali e svolgono il coordinamento delle attività di programmazione sanitaria e di integrazione socio sanitaria dell'area di pertinenza;
- e) coordinano le attività territoriali e ospedaliere dell'area di riferimento, svolgendo funzioni di raccordo tra le attività distrettuali e dipartimentali con l'attività dei presidi ospedalieri, con l'attività dell'AREUS e con il sistema integrato dei servizi alla persona;
- f) garantiscono l'adeguato supporto tecnico-amministrativo alle attività assistenziali per il tramite delle strutture dell'Area socio-sanitaria locale che si raccordano con quelle centrali aziendali, nel rispetto degli indirizzi di governo strategico della direzione aziendale;
- g) gestiscono, secondo gli indirizzi aziendali, i processi di budget dell'Area socio-sanitaria locale e la valutazione delle performance organizzative e individuali non condotte dall'OIV.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il comma 5 affida all'atto aziendale dell'ASUR la disciplina dell'organizzazione e del funzionamento delle Aree socio-sanitarie locali, quali livelli organizzativi sovraordinati a tutte le strutture sanitarie e socio sanitarie ricadenti nell'area territoriale di riferimento.

L'articolo 5 detta la disciplina fondamentale del direttore delle Aree socio-sanitarie locali, che viene nominato dal direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale, ed è scelto, a seguito di una procedura di selezione pubblica di carattere non comparativo, tra coloro che hanno esperienza almeno quinquennale, maturata nei dieci anni antecedenti, di qualificata attività di dirigenza negli enti sanitari o socio sanitari, pubblici o privati, di media o grande dimensione in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e finanziarie, in ogni caso in possesso di laurea magistrale/specialistica o di diploma di laurea del precedente ordinamento (comma 1).

Il direttore dell'Area socio-sanitaria locale è membro del Collegio di direzione aziendale e partecipa alla Conferenza territoriale socio sanitaria dell'Area socio-sanitaria locale; dispone di un ufficio di staff, con compiti di supporto nello svolgimento delle proprie funzioni, secondo quanto stabilito nell'atto aziendale (comma 2).

Il suo rapporto di lavoro è esclusivo ed è regolato da un contratto di diritto privato, con un incarico dirigenziale di durata non inferiore a tre e non superiore a cinque (con divieto di nomina per più di due mandati consecutivi presso la medesima Area socio-sanitaria locale); il suo trattamento economico è determinato dalla Giunta regionale in misura non superiore al settanta per cento di quello del direttore generale delle Aziende sanitarie regionali, graduato in relazione a parametri relativi all'estensione territoriale delle Aree socio-sanitarie locali, al numero di assistiti, di posti letto e al numero di dipendenti afferenti il territorio di riferimento (comma 3).

L'articolo completa la disciplina dei direttori di Area socio-sanitaria locale prevedendo che: ad essi applicano le disposizioni di cui al comma 11 dell'articolo 3 bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (comma 4); gli stessi sono sottoposti a verifica annuale e il mantenimento degli incarichi conferiti è correlato al raggiungimento degli obiettivi secondo le modalità previste dalla normativa vigente in materia di valutazione di incarichi dirigenziali (comma 5), infine, che essi cessano dall'incarico non oltre sessanta giorni dalla data di nomina di un nuovo direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale, salvo conferma (comma 6), analogamente a quanto la normativa nazionale e regionale prevedono per il direttore sanitario e il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.

L'articolo 6 innova radicalmente la disciplina dei distretti, dettata dall'art. 17 della legge regionale n. 10 del 2006, al fine di rimodularla in coerenza con la nascita dell'ASUR e con la costituzione delle



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Aree socio-sanitarie locali.

Così, secondo la nuova regolazione, i distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'Area socio-sanitaria locale e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito delle funzioni individuate dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. In sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'attività del direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale, definiti ai sensi dell'articolo 16, la Giunta regionale assegna specifico rilievo alla funzionalità operativa dei distretti (comma1).

Il comma 2 dell'articolo conclude questa azione di adeguamento del tessuto normativo dei distretti, novellando il comma 7 dell'articolo 17 della legge regionale 10 del 2006, che disciplinava il procedimento di costituzione dei distretti. Così, viene affidato al direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale, d'intesa con la Conferenza Regione-enti locali che acquisisce i pareri delle Conferenze territoriali socio-sanitarie, il compito di individuare i distretti e le eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali, sulla base dei criteri indicati negli indirizzi regionali di cui al comma 3 dell'articolo 9, i quali tengono conto delle caratteristiche geomorfologiche del territorio e della densità della popolazione residente nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. Il direttore generale trasmette alla Regione i provvedimenti conseguenti con le stesse modalità previste dal comma 3 dell'articolo 9. Trascorsi novanta giorni dall'adozione degli indirizzi regionali, in assenza dell'intesa di cui al presente comma, la Giunta regionale, su proposta dell'Assessore competente, procede alla individuazione dei distretti e delle eventuali modifiche dei loro ambiti territoriali”.

L'articolo 7 ha ad oggetto la conferenza territoriale socio-sanitaria (prevista dal comma 2, articolo 5, della legge regionale n. 23 del 2014), che diventa il luogo di rappresentanza delle istanze sanitarie e sociali del territorio dell'Area socio-sanitaria locale di riferimento.

La disciplina di questo organismo viene adeguata all'istituzione delle Aree socio-sanitarie locali.

Infatti, nell'articolo 7 è raccolto il nuovo testo dell'articolo 15 della legge regionale n. 10 del 2006, il cui comma 1 prevede che la conferenza venga costituita in ogni Area socio-sanitaria locale e che la stessa sia composta dai rappresentanti degli enti locali che ricadono nell'ambito territoriale dell'Area socio-sanitaria locale di riferimento e da un rappresentante della Consulta locale di cittadinanza, di cui al comma 3 dell'art. 5 della legge regionale 17 novembre 2014, n. 23, e che si riunisca almeno due volte l'anno.

Oltre alla sua composizione, l'articolo 7, novellando l'art. 15 della legge regionale n. 10 del 2006,



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

disciplina, altresì, le competenze, il sistema di elezione e di funzionamento dei propri organi e le modalità di espressione dei pareri.

Quanto alle competenze (comma 2), la Conferenza: esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle Aree socio-sanitarie locali, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al direttore dell'Area socio-sanitaria locale, al direttore dell'Azienda sanitaria unica regionale e alla Regione; esprime parere obbligatorio sul programma attuativo locale; valuta, entro il 30 aprile di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti da PLUS e programmazione locale.

Quanto alle modalità di scelta dei propri organi interni (comma 3), nella sua prima seduta, la Conferenza elegge, tra i suoi componenti, un presidente e un ufficio di presidenza composto da un vicepresidente e da un segretario. Il presidente ha funzioni di rappresentanza, formazione dell'ordine del giorno e convocazione delle riunioni, di organizzazione dei lavori della Conferenza e di verifica dell'attuazione delle decisioni assunte.

Quanto ai pareri di propria competenza (comma 4), essi devono essere espressi entro venti giorni dal ricevimento degli atti, trascorsi inutilmente i quali essi si intendono acquisiti come favorevoli.

La prima convocazione della Conferenza territoriale socio-sanitaria è effettuata dal direttore generale dell'Azienda sanitaria unica regionale (comma 2 dell'articolo 10 della presente proposta).

Infine, il comma 3 dell'articolo 10 della presente proposta stabilisce che in ciascun Area socio-sanitaria locale sono istituite una o più consulte locali di cittadinanza, le quali esprimono, in particolare, parere obbligatorio ma non vincolante, sul programma attuativo di area.

L'articolo 8 ha per oggetto la modifica dell'articolo 13 della legge regionale n. 10 del 2006 che riordina, coerentemente con il nuovo assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale, i livelli e gli strumenti della programmazione locale.

Il primo comma stabilisce che sta in capo al direttore generale dell'ASUR, sulla base della programmazione regionale e degli obiettivi di cui alla lettera b) del comma 1 dell'articolo 16 e contestualmente all'adozione del bilancio di previsione di cui al comma 2 dell'articolo 27 della legge regionale n. 10 del 2006: l'adozione del programma sanitario triennale, aggiornato entro il 15 novembre di anno, contenente le azioni strategiche aziendali e la programmazione attuativa locale per ciascun Area socio-sanitaria locale; l'adozione del programma sanitario annuale.

Il secondo comma stabilisce che il programma sanitario triennale dell'ASUR è approvato dalla giunta regionale entro il 31 dicembre.

Il comma 3 prevede la partecipazione degli organismi di partecipazione degli enti locali, la



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Conferenza Regione-enti locali e per suo tramite le Conferenze territoriali socio-sanitarie, nel processo di adozione del programma sanitario triennale.

Il quarto comma disciplina il ruolo del direttore di distretto che, sulla base della programmazione attuativa locale, elabora il programma delle attività distrettuali, acquisito il parere del Comitato di distretto socio-sanitario, e lo propone al direttore di Area socio-sanitaria locale.

Il comma 5 stabilisce il ruolo di coordinamento del direttore di Area socio-sanitaria locale nella programmazione dei distretti che insistono in quell'Area, di seguito i programmi delle attività distrettuali sono trasmessi al direttore generale dell'ASUR per la loro approvazione.

I commi 6 e 7 prevedono le informazioni di ritorno sulla programmazione come sopra delineata: il direttore dell'ASUR predispone annualmente una relazione sanitaria sullo stato di attuazione dei programmi, promuovendo la partecipazione delle strutture organizzative e del Consiglio delle professioni sanitarie e la trasmette, entro il 30 giugno, alla Conferenza Regione-enti locali e alla Giunta regionale (comma 6); la Giunta regionale predispone annualmente la relazione sanitaria regionale sullo stato d'attuazione del Piano dei servizi sanitari e dei programmi attuativi e la trasmette, entro il 30 ottobre, al Consiglio regionale e alla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria di cui alla legge regionale 23 dicembre 2005, n. 23 (comma 7).

L'articolo 9, sostituendo l'art. 11 della legge regionale n. 10 del 2006, detta una nuova disciplina del collegio sindacale, per adeguarla al mutato assetto organizzativo e istituzionale del sistema sanitario sardo.

Il comma 1, nel tratteggiarne le prerogative, espressamente stabilisce che il collegio sindacale ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile delle aziende sanitarie; le sue attribuzioni e la sua composizione sono disciplinati dal comma 13 dell'articolo 3 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, salvo quanto previsto dalla presente legge. Le sue modalità di funzionamento e organizzazione sono regolate nell'atto aziendale, sulla base degli indirizzi di cui al comma 3 dell'articolo 9.

Il medesimo comma prevede, rispettivamente, che il collegio sindacale dell'Azienda sanitaria unica regionale, dell'Azienda ospedaliera "G. Brotzu" e dell'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna duri in carica tre anni e sia composto da tre membri ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, mentre quello delle Aziende ospedaliero-universitarie dura in carica tre anni ed è composto da tre membri di cui uno designato dal Presidente della giunta regionale, uno dall'università e uno dal Ministro dell'economia e delle finanze.

Infine, sempre il comma 1, stabilisce che i componenti del collegio sindacale siano sottoposti alle



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

medesime cause di incompatibilità previste per i direttori generali; sono inoltre incompatibili coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore d'Area socio-sanitaria locale, direttore sanitario, direttore amministrativo delle aziende sanitarie, nonché coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti o affini sino al quarto grado che nell'azienda sanitaria ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore d'Area socio-sanitaria locale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'istituto di credito tesoriere dell'azienda medesima.

Infine, il comma 2 dell'articolo, con disposizione transitoria, fissa in sessanta giorni dalla data di istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale il termine ultimo, entro il quale, i componenti dei collegi dei revisori in carica presso le aziende sanitarie locali soppresse cessano dalle funzioni e il nuovo collegio è ricostituito secondo le disposizioni del presente articolo.

L'articolo 10 intende modificare la normativa vigente in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende sanitarie regionali, al fine di adeguarla alle disposizioni del D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, ponendo così alcune premesse indispensabili alla piena applicazione del Titolo II del suddetto d.Lgs, in corso di recepimento ai sensi dell'art. 27 della legge regionale n. 10 del 2006. In particolare vengono introdotte delle modifiche al Titolo II, Capo II "Norme sul bilancio d'esercizio" (artt. 14-22) e al Capo III "Sistema contabile" (artt. 23-27) della legge regionale 24 marzo 1997, n. 10. L'articolo è composto da 2 commi: il comma 1 è dedicato alle modifiche da apportare, per la finalità suddetta, alla legge regionale n. 10 del 1997; il comma 2 novella l'art. 27 della legge regionale n. 10 del 2006.

Nello specifico, nel comma 1, le lettere a), b), c) e d) modificano l'art. 14, rendendolo compatibile alle disposizioni del d.lgs. n. 118 del 2011 e introducendo il rendiconto finanziario quale elemento costitutivo del bilancio.

La lettera e) si limita ad apportare una modifica di carattere formale, eliminando dall'art. 16 della legge n. 10 del 1997 un riferimento al successivo articolo 47 della stessa legge, già abrogato dalla legge n. 10 del 2006.

La lettera f) modifica l'art. 17, uniformando i principi di redazione del bilancio d'esercizio a quelli sanciti dal d.lgs. n. 118 del 2011 e dal Codice Civile.

La lettera g) modifica l'art. 18 sui criteri di valutazione delle rimanenze, richiamando il d.lgs. n. 118 del 2011. La lettera h) sostituisce l'art. 20, uniformando i criteri di ammortamento a quelli previsti dal d.lgs. n. 118 del 2011.

Con la lettera i) si modifica l'art. 21, prevedendo che la relazione sulla gestione sia redatta in base allo schema introdotto dal d.lgs. n. 118 del 2011.



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

La lettera j) modifica l'art. 22, stabilendo che per la destinazione dell'eventuale utile d'esercizio delle aziende sanitarie si debba applicare quanto previsto dal d.lgs. n. 118 del 2011. In merito alle soluzioni da adottare in relazione alla scelta di destinazione dell'eventuale eccedenza dell'utile (riserva o ripiano perdite del servizio sanitario regionale) e alla relativa misura dovrà esprimersi la Giunta regionale.

La lettera k) modifica il secondo comma dell'articolo 25, prevedendo che il piano dei conti degli enti del Sistema sanitario regionale sia redatto conformemente alle disposizioni d.lgs. n. 118 del 2011.

Nel secondo comma, le lettere a), b) e c) adeguano le disposizioni in materia di contabilità economico patrimoniale della legge regionale 10 del 2006 ai principi e alle disposizioni del codice civile, del titolo II del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118. In particolare si modifica l'art. 27 della legge regionale 10 del 2006 prevedendo che il direttore generale dell'azienda sanitaria adotta entro il 15 novembre, sulla base del finanziamento, il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale, composto dai documenti previsti dall'articolo 25 del d.lgs. 118 del 2011, contestualmente all'adozione del programma sanitario annuale e del programma sanitario triennale. Un piano del fabbisogno del personale è inserito come allegato al bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e ne costituisce parte integrante; tali atti sono trasmessi al competente Assessorato contestualmente alla loro adozione. Nella lettera c) si stabilisce che dopo il comma 2 dell'articolo 27 della legge regionale n. 10 del 2006 sono inseriti due commi, 2 bis e 2 ter, secondo cui i bilanci preventivi economici annuali e pluriennali delle aziende del servizio sanitario regionale e il bilancio preventivo economico annuale consolidato sono redatti secondo le modalità di cui agli articoli 25 e 32 del d.lgs. n. 118 del 2011, e successive modifiche e integrazioni; i bilanci d'esercizio delle aziende del servizio sanitario regionale e il bilancio d'esercizio consolidato del servizio sanitario regionale sono redatti con le modalità e nei termini di cui agli articoli 26 e 32 del d.lgs. n. 118 del 2011.

L'articolo 11 modifica sostanzialmente la disciplina dei controlli sugli atti delle aziende sanitarie, novellando nel primo comma l'articolo 29 della legge regionale n. 10 del 2006 e introducendo, con il secondo comma, due nuovi articoli alla medesima legge: l'articolo 29 bis relativo ai controlli sui bilanci e l'articolo 29 ter, che attribuisce al Presidente della Regione di disporre, con proprio decreto e su conforme deliberazione della Giunta regionale, l'annullamento, per gravi e motivate ragioni di interesse pubblico, di atti amministrativi delle aziende sanitarie viziati da illegittimità, fatti salvi i diritti acquisiti dai terzi ed entro un termine ragionevole. Quest'ultima norma si pone come misura estrema e residuale e costituisce espressione della potestà di vigilanza e governo del servizio sanitario regionale della Regione.

Il primo comma, contenente la novella dell'art. 29 della legge regionale n. 10 del 2006, stabilisce



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

che la Regione esercita, per il tramite dell'assessorato competente in materia di sanità, il controllo preventivo solamente sui seguenti atti delle aziende sanitarie:

- a) provvedimenti relativi a operazioni patrimoniali di acquisto, locazione, permuta e alienazione di beni immobili o altri atti riguardanti diritti su tali beni il cui importo stimato sia superiore a un milione di euro;
- b) atti di manifestazione della volontà (le determinazioni a contrarre) di avviare una procedura di affidamento di contratti pubblici che comportino impegni di spesa per un importo complessivo anche su base pluriennale superiore a cinque milioni di euro.

Si stabilisce che il controllo preventivo è un controllo di merito e consiste nella valutazione della coerenza dell'atto adottato dall'azienda sanitaria rispetto agli indirizzi della programmazione regionale e alle direttive della Giunta regionale nella materia oggetto dell'atto. Si stabiliscono i termini (40 giorni) per l'esercizio del controllo suddetto ed è interrotto, per una sola volta, a seguito di richiesta di chiarimenti o integrazione della documentazione. Il termine ricomincia a decorrere dal giorno successivo alla produzione dei chiarimenti richiesti o alla presentazione dei documenti integrativi.

Nel caso di mancata pronuncia entro il termine previsto nel comma precedente, l'atto soggetto a controllo si intende approvato. Il termine per l'esercizio del controllo è sospeso dal 1 al 31 agosto di ciascun anno, fatte salve le ipotesi di particolare necessità ed urgenza specificamente indicate e motivate nell'istanza di controllo.

L'articolo 12 contiene diverse disposizioni transitorie, che riguardano, rispettivamente, l'ASUR, le Aree socio-sanitarie locali e l'Azienda regionale dell'emergenza e urgenza della Sardegna (AREUS).

Con riferimento all'ASUR è stabilito che spetti alla Giunta regionale, entro il 30 giugno 2016, la nomina del direttore generale (comma 1), che ha il compito precipuo di concludere, entro il 31 dicembre 2016, la ricognizione della consistenza del patrimonio immobiliare e mobiliare, dei rapporti giuridici attivi e passivi e dei rapporti di lavoro in essere al 30 giugno 2016 delle aziende soppresse; tale attività ricognitiva è approvata con deliberazione della Giunta regionale (comma 2).

Fra i compiti del direttore generale dell'ASUR nella fase transitoria, rientrano, rispettivamente (comma 4), entro il 30 settembre 2016, l'adozione del bilancio pluriennale unitamente al bilancio preventivo economico annuale (che la Giunta regionale approva entro il successivo 31 ottobre) e l'adozione del bilancio di esercizio al 30 giugno 2016 delle aziende sanitarie soppresse. La relazione del collegio sindacale è effettuata dal collegio sindacale dell'ASUR (comma 5).



**REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

Il comma 3 statuisce che, con riferimento al tempo necessario ad attivare le iniziative utili per l'avvio dei nuovi modelli organizzativi, previsti ai sensi della presente legge, l'operatività dei servizi è garantita comunque dagli assetti organizzativi delle aziende sanitarie locali sopresse.

In ordine alle Aree socio-sanitarie locali, il comma 6 prevede che gli ambiti territoriali, in prima applicazione e nelle more dell'adozione del Piano di riordino territoriale di cui all'articolo 4 della legge regionale 4 febbraio 2016, n. 2, coincidano con quelli delle aziende sanitarie locali sopresse ai sensi dell'articolo 1, comma 3.

Ancora con riferimento alle Aree socio-sanitarie locali, il comma 7 stabilisce che, entro il termine di cui al comma 1, la Giunta regionale nomina i direttori facenti funzioni – che vengono scelti (a norma del comma 8) tra i dirigenti in servizio nella pubblica amministrazione con qualificate e comprovate professionalità ed esperienza di gestione di strutture in ambito socio-sanitario ovvero tra gli idonei alla nomina a direttore generale delle aziende sanitarie inseriti nell'apposito elenco regionale - la cui decadenza dall'incarico ha luogo all'atto della nomina dei direttori di Area socio-sanitaria locale da parte del direttore generale dell'ASUR, entro e non oltre il 31 dicembre 2016.

Con riferimento all'AREUS, istituita ai sensi dell'art. 4 della legge regionale n. 23 del 2014, il comma 9 fissa al 30 giugno 2016 il termine entro cui la giunta regionale è tenuta a nominarne il direttore generale.

L'articolo 13, relativo alle disposizioni finali, racchiude disposizioni di contenuto diverso, che riguardano, rispettivamente: il comma 1 prevede che, in generale nel tessuto normativo regionale, e, in particolare nella legge regionale n. 10 del 2006 e nella legge regionale n. 23 del 2014, i riferimenti all'azienda sanitaria locale sono da intendersi all'Azienda sanitaria unica regionale, salvo quanto disposto con la presente legge; il comma 2, nel disciplinare il trattamento economico dei direttori generali delle aziende sanitarie della Sardegna, lo affranca dai criteri di cui alla normativa statale (tra cui il DPCM del 19 luglio 1995, n. 502)

Tale autonomia normativa trova il suo fondamento nella circostanza che la Regione Sardegna provvede al finanziamento della spesa sanitaria senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato e che, conseguentemente, ad essa spetta individuare in modo autonomo le modalità per la copertura degli oneri del servizio sanitario regionale nel suo complesso, ivi compreso l'ammontare dei compensi degli organi delle aziende sanitarie.

Il legislatore statale, quindi, come affermato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 341 del 30.12.2009, pur nell'esercizio della potestà di "coordinamento della finanza pubblica" (art. 117, comma 3, della Costituzione), nei confronti delle Regioni che, come la Sardegna, si trovano nella condizione ora descritta, non ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

definiscano, nel dettaglio, le modalità di contenimento della spesa sanitaria.

Risulta, pertanto, rispettosa del descritto assetto costituzionale delle competenze legislative tra Stato e Regione sulla materia, la previsione contenuta nel presente comma, secondo cui il predetto compenso viene determinato dalla Giunta regionale, tenuto conto dei livelli remunerativi del settore, ed è graduato in relazione a parametri relativi al numero di assistiti, di posti letto e al numero di dipendenti, per tipologia di azienda sanitaria, nel rispetto del limite al trattamento economico del personale pubblico e delle società partecipate, previsto dalla normativa vigente.

Questa disciplina, per un verso, è conforme alla disposizione di principio (quali sono quelle di cui al d.lgs. n. 502 del 1992, secondo il dettato di cui all'art. 19) contenuta nell'art. 3 bis, comma 8, del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421) secondo cui "Il trattamento economico del direttore generale, del direttore sanitario e del direttore amministrativo è definito...omissis..., anche con riferimento ai trattamenti previsti dalla contrattazione collettiva nazionale per le posizioni apicali della dirigenza medica e amministrativa"; per altro verso, in applicazione dei parametri stabiliti, consente di graduare la retribuzione del direttore generale, in rapporto alle differenti caratteristiche delle diverse aziende sanitarie.

Il testo del presente articolo ricalca il contenuto dell'analoga disposizione - passata indenne al controllo di costituzionalità del Governo - introdotta nelle Province autonome di Trento e Bolzano, la cui condizione è del tutto simile a quella della nostra Regione, sia in relazione alla portata dell'autonomia legislativa "speciale" che in relazione alla assunzione, a carico del proprio bilancio, dell'intera spesa del servizio sanitario regionale.

La riforma dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale proposta nel presente disegno di legge contiene molti profili comuni all'assetto istituzionale nelle citate province autonome di Trento e Bolzano (in cui opera un'unica azienda provinciale).

Infine, l'istituzione di un'unica azienda sanitaria territoriale regionale, in luogo delle otto ora esistenti, produce una consistente diminuzione degli oneri a carico del servizio sanitario regionale per le retribuzioni delle figure apicali (direttore generale, sanitario e amministrativo), che da 33, che sono, si ridurranno a 15 (23 se nel novero si includono anche gli otto dirigenti (in prima applicazione delle Aree socio-sanitarie locali).

L'articolo 14 è dedicato all'abrogazione espressa di alcune norme delle leggi regionali n. 23 del 2014, n. 10 del 2006 e n. 10 del 1997.

Segnatamente si tratta: con riferimento all'articolo 5 della legge regionale n. 23 del 2014, dell'abrogazione dei commi 2 (sulla conferenza territoriale socio-sanitaria) e 3, relativamente



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

all'ultimo periodo (sulla Consulta generale di cittadinanza); con riferimento alla seconda legge, dell'abrogazione, rispettivamente, dell'articolo 2 (riguardante le aziende sanitarie locali) e del comma 3 dell'articolo 28 (sul sistema budgetario).

Sono altresì abrogate le norme della legge regionale n. 10 del 1997 contenute ne: il comma 2 dell'articolo 17; i commi 2 e 3 dell'articolo 18; l'articolo 19; il comma 2 dell'articolo 21; i commi 2 e 3 dell'articolo 22; il comma 4 dell'articolo 23; il comma 3 dell'articolo 26 e il comma 3 dell'articolo 42.

Si tratta, infatti, di disposizioni divenute incompatibili con la normativa introdotta dal presente disegno di legge, che nell'ottica di una corretta pulizia del quadro normativo, vengono espressamente abrogate.

L'articolo 15 stabilisce che dall'attuazione della presente proposta di legge non derivano nuovi o maggiori oneri per il bilancio regionale.

L'articolo 16 infine dispone in ordine all'entrata in vigore della legge, fissata il giorno della sua pubblicazione nel BURAS.