# CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

OTTAVA LEGISLATURA

---

## PROGETTO DI LEGGE N. 292

---

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa dei Consiglieri Variati, Bottacin, Marchese, Berlato Sella, Bonfante, Tiozzo, Trento, Azzi, Causin, Franchetto, Frigo, Gallo, Michieletto e Rizzato*

**PIANO SANITARIO, SOCIO SANITARIO E SOCIALE 2008 - 2010**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 10 gennaio 2008.
Trasmesso alle Commissioni consiliari Prima e **QUINTA** e ai Consiglieri regionali il 24 gennaio 2008.

* Con nota del 19 settembre 2008, prot. 10519, il consigliere Claudio Rizzato ha sottoscritto la proposta di legge.

**PIANO SANITARIO, SOCIO SANITARIO E SOCIALE 2008 - 2010**

*R e l a z i o n e:*

*PREMESSA*

*Il Veneto ha avuto per lungo tempo un sistema socio-sanitario fra i più avanzati in Europa, perché capillare nella distribuzione dei servizi, efficace nell'approccio globale al bisogno di salute e finanziariamente sostenibile: era il frutto di una scelta politica esplicita a favore del servizio pubblico, confermata con gli atti di programmazione susseguitisi nel tempo, fino al vigente Piano sociosanitario che risale a più di dieci anni fa. Oggi il sistema rischia il collasso a causa del sovraccarico di domanda e della non appropriata capacità di offerta. Inoltre da tempo è assente una adeguata funzione di governo che in tutti i sistemi sanitari pubblici è rappresentata dalla programmazione. Possiamo affermare che sinora il sistema non è franato perché la competenza e la professionalità di medici, infermieri e tecnici ha svolto il ruolo di supplenza alla assenza ed alla povertà di politica sanitaria, ma è sempre più diffusa la preoccupazione per la tenuta del sistema che si accompagna alla sfiducia dei cittadini e degli operatori. Allungamento delle liste di attesa, bisogni assistenziali non soddisfatti, cure non appropriate, disavanzi finanziari crescenti affrontati con nuove tasse e nuovi ticket, aumento della spesa privata, costituiscono le spie di una situazione non governata.*

*Il programma di governo per l'ottava legislatura regionale, presentato al Consiglio regionale, prescinde dalle ragioni del malessere e prefigura scenari che sono fonte di ulteriori preoccupazioni. Infatti, accanto alla declamata eccellenza del sistema sanitario veneto, si annuncia una riforma "radicale e complessa", la "provincializzazione" delle ULSS, l'ennesima revisione della rete ospedaliera mediante la introduzione del "pluralismo erogativo", una ulteriore riduzione del numero dei distretti che diventano sempre più "lontani" dai cittadini e dalle Amministrazioni comunali, la diffusione della privatizzazione di ampi settori dei servizi ospedalieri come conseguenza della prevista diffusione degli investimenti facendo ricorso al "project financing".*

*IL PIANO PROPOSTO DALLA GIUNTA REGIONALE*

*Il Piano proposto dalla Giunta a dodici anni dall'entrata in vigore di quello vigente non contiene un bilancio delle attività delle ULSS, dei Distretti, dell'insieme dei Servizi Sociali, dei risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate e agli obiettivi fissati. In sintesi dovrebbe rendere conto del complesso delle azioni e delle attività organizzate per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini e alle esigenze delle comunità locali destinatarie dei servizi sanitari e sociali.*

*La verifica dell'effettiva realizzazione del Piano precedente non c'è perché con la relazione/piano socio sanitario 2007 - 2009 la Giunta dà per acquisiti risultati che non lo sono, per raggiunti obiettivi che non sono stati raggiunti, per realizzati progetti obiettivo in realtà neppure avviati dal Piano vigente approvato nel lontano 1996; per citare qualcuno dei Progetti obiettivo, possiamo registrare la non realizzazione dei progetti obiettivo anziani, salute mentale, materno-infantile, disabili, per indicare i più significativi.*

*La proposta di Piano 2007/2009 non presenta un quadro unitario delle proposte e degli obiettivi e manca di una visione d'insieme: può paragonarsi ad un arcipelago di isole non bagnate dallo stesso mare, cioè la mission che si affida all'insieme delle attività, dei servizi e delle strutture che formano il sistema socio-sanitario del Veneto.*

*Più che un sistema la proposta di Piano delinea tanti pezzi scollegati tra loro, che procedono ognuno per conto proprio, senza un criterio guida in grado di ordinare le varie proposte e gli obiettivi indicati verso un progetto unitario e organico*

*Il Gruppo consiliare l'Ulivo – Partito Democratico Veneto ha avviato un'ampia consultazione con le rappresentanze territoriali e amministrative del Veneto (Province e comuni) con gli operatori della sanità e del sociale per individuare le linee fondamentali di una nuova e innovativa programmazione socio-sanitaria.*

*Le proposte più significative e innovative riguardano:*

- *l'attuazione della riforma quadro dei servizi sociali legge n. 328 /2000;*
- *il coinvolgimento degli enti locali nell'ambito delle sperimentazioni gestionali e istituzionali;*
- *l'istituzione del Fondo per la non autosufficienza;*
- *il ruolo dei comuni nella programmazione e nella nomina dei Direttori Generali;*
- *la forte valorizzazione del ruolo degli operatori attraverso l'istituzione del collegio di direzione, protagonista nella formulazione degli atti di governo clinico e dei programmi di formazione del personale e l'esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario;*
- *il ruolo delle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario regionale;*
- *la promozione della partecipazione dei cittadini, delle OS e del terzo settore nelle scelte che riguardano la programmazione socio sanitaria e sociale;*
- *il dimensionamento della rete ospedaliera e il riordino degli ambiti delle aziende ULSS;*
- *la definizione dei livelli essenziali di assistenza tra i quali sono inclusi quelli erogati agli anziani non autosufficienti nelle RSA;*
- *i nuovi criteri di ripartizione del fondo sanitario e sociale con particolare riferimento alle aree lagunari e montane.*

*La parte centrale della proposta che innova fortemente il modello socio sanitario veneto riguarda gli obiettivi e le azioni per la continuità assistenziale e si può riassumere nella missione del Servizio sanitario regionale che consiste nel portare i servizi sanitari vicino ai cittadini, accompagnandoli nel percorso assistenziale di cui hanno bisogno.*

*CASA DELLA SALUTE, LE UTAP (in esse contenute), GLI OSPEDALI DI COMUNITÀ sono tutte strutture e attività all'interno del distretto, il quale svolge un ruolo guida per l'erogazione dei servizi sanitari nel territorio, che mirano al consolidamento dello stato di salute dei cittadini e alla prevenzione per la tutela della loro salute e per sollevare le famiglie dalle attività di cura che non sono in grado di svolgere.*

*La nostra impostazione del Piano valorizza e coinvolge i medici di medicina generale nell'evoluzione del sistema sanitario e sociale regionale,*

*attribuendo loro un ruolo centrale nella organizzazione di una medicina territoriale fondata sui bisogni di salute del cittadino.*

*Con la presente proposta di legge ci proponiamo di:*

*ATTUARE NEL VENETO LA RIFORMA QUADRO DEI SERVIZI SOCIALI (LEGGE N. 328/2000) per garantire:*

*1) la costruzione di una rete di servizi sociali che si collochino nell'ambito della "continuità assistenziale".*

*Questa definizione si intende comprensiva di tutte le modalità di integrazione tra momenti e livelli di assistenza e comprende in particolare:*

- *La Continuità Assistenziale di Attesa, nella quale il sistema assicura al paziente la presenza, lungo tutto l'arco della giornata, dei sistemi di allerta e di intervento.*
- *La Continuità Assistenziale di Trattamento, nella quale il sistema assicura al paziente la successione dei trattamenti richiesti dalla sua condizione nei tempi previsti da protocolli scientificamente validati.*
- *La Continuità Assistenziale di Presa in carico, nella quale il sistema assicura al paziente un circuito assistenziale che lo segue in modo attivo con le valutazioni, i trattamenti e il supporto necessari alla gestione quotidiana della malattia e comunque della situazione di bisogno e di disagio personale o familiare.*

*2) La regolazione del Privato Sociale, tramite l'accreditamento, come soggetto qualificato e controllato della rete dei servizi o a un suo utilizzo, da parte degli enti pubblici, in particolare delle aziende ULSS, che di fatto appare quale intermediazione di manodopera.*

*ISTITUIRE IL FONDO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA*

*La questione della non autosufficienza sta diventando una vera e propria emergenza, per le nostre famiglie, spesso abbandonate a se stesse e oberate da oneri finanziari. La quota regionale di contributo al pagamento della retta ha raggiunto negli ultimi anni un'entità rilevante anche grazie alle battaglie condotte in Consiglio dal Centrosinistra e nel territorio dalle Organizzazioni Sindacali. Occorre tuttavia costituire un fondo per la non autosufficienza, per aiutare le famiglie in difficoltà, aumentare l'offerta dei servizi domiciliari, attivare nel territorio strutture di comunità per garantire la presa in carico e la continuità assistenziale.*

*PROMUOVERE UNA NUOVA POLITICA SANITARIA per garantire:*

*1) un diverso orientamento della spesa sanitaria dall'ospedale all'extra-ospedale: è ipotizzabile la necessità di raddoppiare gli interventi nell'area domiciliare diurna e extra-ospedaliera e nel sostegno alla famiglia con malati non autosufficienti o affetti da Alzheimer o altro tipo di demenze. Tale scelta corrisponde all'esigenza di appropriatezza delle cure, nonché alla necessità di aiutare le famiglie oberate da un carico assistenziale insostenibile ed ha come conseguenza la riconduzione del ricorso alla ospedalizzazione, alla funzione propria delle cure nella fase acuta, senza far venire meno il diritto all'assistenza;*

*2) il riequilibrio del finanziamento alle ULSS in relazione ai bisogni ed alle funzioni svolte, applicando criteri perequativi per le aree "fragili";*

*3) il ripensamento delle scelte già approvate di riorganizzazione della rete ospedaliera per rispettare la centralità del bisogno di salute; le nuove scelte non devono essere ispirate al principio di "sanare i disavanzi", bensì al dovere di riconvertire la spesa nella direzione della nuova domanda di assistenza;*
*4) l'accorpamento di strutture ospedaliere mediante la costruzione di "poli unici" accanto agli investimenti in attrezzature e moderne tecnologie, quale priorità dell'investimento pubblico;*
*5) il funzionamento ottimale dei servizi, l'utilizzo delle attrezzature, la necessità di ridurre le liste d'attesa attraverso la rimozione di ogni provvedimento di blocco del turn over per finalità di bilancio. Queste limitazioni comportano inefficienze che producono aumenti di spesa oltre a disservizi che ricadono sui malati attraverso ricoveri prolungati e liste d'attesa allungate;*
*6) l'impegno coerente per contrastare la carenza di personale infermieristico attraverso la diffusione delle sedi di formazione, la promozione dell'accesso alla professione con assegni di studio e riconoscimenti economici, nonché l'articolazione delle funzioni al fine di inserire negli organici le figure di supporto;*
*7) la integrazione dell'offerta pubblica con quella privata, in un quadro chiaro e certo di regole per evitare dannose logiche competitive; essa deve trovare nella programmazione il riferimento ai fini della congruità con i bisogni del territori e nelle procedure di accreditamento la garanzia dei livelli di qualità delle prestazioni;*
*8) la specificità delle aree montane e della zona costiera esige che i servizi sanitari e socio-sanitari siano garantiti alle popolazioni mediante parametri e quote di finanziamento che sono più elevate della media regionale - almeno + 25 per cento - in ragione della dispersione territoriale e della maggior incidenza degli anziani sul complesso della popolazione residente.*
*9) l'introduzione nel riparto del fondo sanitario regionale di nuovi parametri che "pesino" nel territorio il tasso di industrializzazione e di immigrazione registrati;*
*10) il rapporto con l'Università va ripreso nell'ottica della relazione fra livelli istituzionali dotati di reciproca autonomia e al medesimo tempo la funzione sanitaria della Facoltà di medicina va ricondotta alle funzioni di eccellenza che essa esprime nella compatibilità con la programmazione.*

*DEFINIRE UN NUOVO RUOLO DEI COMUNI*

*Il ruolo dei comuni costituisce il contrappeso istituzionale alla logica aziendalistica che mira a sostituire l'obiettivo di salute con il pareggio del bilancio e pertanto nel Piano sono individuati assetti istituzionali, modalità e contenuti in grado di garantire un incisivo ruolo degli Enti Locali e delle organizzazioni sociali nella programmazione socio-sanitaria.*

*ASSICURARE LA GOVERNANCE IN SANITÀ*

*1) Il riequilibrio dei poteri e il nuovo ruolo dei sindaci*

*É necessario operare un riequilibrio nei poteri e nelle funzioni. La Conferenza dei sindaci deve avere nuove funzioni:*

- *l'atto di intesa con il Presidente della Giunta regionale per la nomina del direttore generale delle aziende ULSS;*

- *il parere obbligatorio nella nomina del direttore generale dell'azienda integrata Ospedale – Università;*
- *la designazione di un rappresentante nel Comitato di indirizzo dell'azienda integrata Ospedale – Università;*
- *la nomina, sentito il parere del direttore generale, del direttore dei servizi sociali;*
- *il parere obbligatorio sull'Atto aziendale;*
- *il parere obbligatorio sul bilancio (parte sanitaria);*
- *il parere obbligatorio sui provvedimenti della programmazione locale, nel rispetto della programmazione regionale;*
- *l'approvazione del bilancio (parte socio-sanitaria).*

*Le funzioni tecniche e amministrative di supporto alla Conferenza dei Sindaci vanno assicurate da uno dei comuni dello stesso territorio, individuato dalla stessa Conferenza, e sostenute da appositi trasferimenti regionali.*

*COINVOLGERE GLI OPERATORI DELLA SANITÀ NELLE SCELTE DI PROGRAMMAZIONE*

*Nell'ambito della democratizzazione del sistema, indispensabile a una migliore gestione, va rivalutato il ruolo degli operatori i quali devono tornare ad avere come unico scopo la cura delle persone e non essere condizionati dall'assillo del bilancio. Oggi i professionisti sono spesso mortificati nella loro professionalità perché gli indirizzi ed i vincoli che la direzione impone loro sono essenzialmente finanziari. È necessario, invece, che ci siano vincoli ed indirizzi unicamente legati all'appropriatezza delle cure.*

*Le Professioni vanno coinvolte e devono trovare modi di far pesare la loro influenza a livello aziendale e regionale: sono gli attori di una nuova governance, non solo nel controllo di qualità delle prestazioni erogate, ma soprattutto nel governo clinico dei processi assistenziali.*

*A tal fine vanno valorizzati il collegio di direzione, che diventa anch'esso organo dell'azienda ULSS come luogo di confronto, valutazione e proposta.*

*Collegio di direzione/composizione: il direttore sanitario che lo presiede; i Direttori amministrativi, dei servizi sociali, dei distretti, dei dipartimenti strutturali e funzionali operanti nelle aree sanitarie, professionali, tecnica ed amministrativa; il responsabile del SUEM; inoltre un pari numero di componenti costituito da due medici di medicina generale e un pediatra di libera scelta, eletti dalle rispettive assemblee.*

*Collegio di direzione/compiti: supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda e concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici; di esso la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento all'appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali.*

*Lo stop alla lottizzazione dei primari*

*Nell'ambito di una gestione corretta ed efficiente delle aziende si colloca anche la nomina dei primari, posto che i criteri di merito e di professionalità per*

*l'attribuzione delle responsabilità della dirigenza, possono essere annullati dalla pressoché totale discrezionalità attribuita in materia al direttore generale.*

*Affinché la scelta dei "primari" non sia terreno di lottizzazione, con grave penalizzazione dei servizi sanitari, è necessaria una correzione delle vigenti norme: va restituita oggettività alle scelte dei Direttori generali, la dirigenza di strutture complesse va attribuita sulla base di titoli scientifici, di esperienza professionale, nonché di prove selettive. Il direttore generale dovrà seguire, nella nomina l'ordine della graduatoria.*

*GARANTIRE LA PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI*

*Altro aspetto importante di una gestione democratica dell'azienda ULSS è la partecipazione alla programmazione locale e alla gestione da parte dei cittadini utenti anche attraverso le associazioni che li rappresentano: organizzazioni sindacali, associazioni di volontariato, di tutela e promozione sociale, di cooperazione sociale.*

*Va quindi prevista, a livello di ogni ULSS, una conferenza permanente sulla sanità, aperta ai cittadini e alle loro organizzazioni più rappresentative, sia sul versante sindacale e associativo sia sul versante del privato no profit, della cooperazione e del volontariato. Alla conferenza vanno date le informazioni e le bozze dei documenti programmatori più significativi, che caratterizzano annualmente o triennalmente la gestione strategica dell'azienda ULSS, aprendo un confronto sui loro contenuti. I documenti definitivi terranno pertanto conto dell'esito di tale confronto.*

*Articolato del progetto di legge*

*DESCRIZIONE DELL'ARTICOLATO DEL PROGETTO DI LEGGE*

*Il titolo I (Programmazione socio sanitaria regionale) contempla le finalità e gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria.*

*L'articolo 1 (finalità e oggetto) definisce l'oggetto e le finalità del piano socio sanitario.*

*L'articolo 2 (obiettivi) specifica gli obiettivi del piano socio sanitario.*

*L'articolo 3 (sicurezza delle cure) prevede che le strutture sanitarie e private accreditate si dotino di un sistema per la sicurezza dei pazienti e per la gestione del rischio clinico.*

*L'articolo 4 (abbattimento delle liste d'attesa) stabilisce una serie di azioni positive volte al contenimento dei tempi d'attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.*

*L'articolo 5 (farmacie) definisce il ruolo delle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario regionale.*

*L'articolo 6 (fornitura diretta di farmaci) attribuisce alla Giunta regionale l'adozione di misure d'intervento sui meccanismi di distribuzione dei farmaci.*

*L'articolo 7 (sorveglianza sugli esposti ed ex esposti all'amianto) prevede l'istituzione da parte della Regione Veneto di uno specifico servizio di sorveglianza per tutti i lavoratori esposti ed ex esposti all'amianto e l'adozione da parte della Giunta regionale di linee guida finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei danni provocati dall'esposizione all'amianto.*

*Il titolo II (Aspetti istituzionali e di ordinamento) definisce gli aspetti istituzionali e di ordinamento del sistema sanitario e socio-sanitario regionale.*

*L'articolo 8 (accreditamento e autorizzazione) istituisce il fondo di rotazione per l'accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali alla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.*

*L'articolo 9 (Università) prevede l'adozione da parte del Consiglio regionale delle linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regione e Università.*

*L'articolo 10 (sistema informativo) definisce gli obiettivi e le linee d'intervento del sistema informativo sanitario, socio-sanitario e sociale regionale.*

*L'articolo 11 (tutela e conservazione dei dati clinici) stabilisce che la Regione Veneto deve garantire la più ampia e completa tutela e conservazione dei dati clinici.*

*L'articolo 12 (relazione socio sanitaria regionale) prevede che entro il 30 settembre di ogni anno la Giunta regionale, tramite la competente commissione presenti al Consiglio regionale la relazione sanitaria, socio sanitaria e sociale regionale.*

*L'articolo 13 (sviluppo di clinical governance per il miglioramento della qualità assistenziale) prevede l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e il controllo di qualità.*

*Il Titolo III (Organizzazione aziende ULSS) disciplina l'organizzazione delle aziende ULSS.*

*L'articolo 14 (direttori generali) stabilisce che la Giunta regionale determini preventivamente i criteri di valutazione dell'attività dei Direttori generali.*

*L'articolo 15 definisce funzioni e compiti del distretto.*

*L’articolo 16 definisce funzioni e compiti di dipartimenti.*

*L’articolo 17 (criteri dirigenti strutture complessa) stabilisce i criteri per la nomina dei dirigenti di struttura complessa.*

*L’articolo 18 (esclusività del rapporto di lavoro) disciplina l’esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario.*

*L’articolo 19 (il collegio di direzione) definisce i compiti e la composizione del collegio di direzione.*

*L’articolo 20 (poteri delle autonomie locali) attribuisce ulteriori funzioni alla Conferenza dei Sindaci.*

*L’articolo 21 (conferenza regionale permanente) attribuisce ulteriori poteri alla Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.*

*L’articolo 22 (partecipazione alla programmazione) prevede che la Regione Veneto promuova la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti nella programmazione socio sanitaria mediante adeguate modalità di consultazione.*

*L’articolo 23 (tutela dei diritti dell’utenza e carta dei servizi) definisce i compiti relativi al processo di attuazione delle carte dei servizi spettanti alle Regioni e alle aziende ULSS.*

*Il titolo IV (Programmazione ospedaliera e riordini ambiti aziende ULSS) disciplina la programmazione ospedaliera e il riordino degli ambiti delle aziende ULSS.*

*L’articolo 24 (dimensionamento della rete ospedaliera) definisce le modalità di dimensionamento della rete ospedaliera regionale.*

*L’articolo 25 (organizzazione della rete ospedaliera) indica forme e modalità di razionalizzazione della rete ospedaliera che comprendono: Ospedale per acuti, Ospedali per acuti di zona, Ospedali di riferimento per altre specialità e Ospedali ad indirizzo riabilitativo-lungodegenziale.*

*L’articolo 26 (ospedali di montagna e delle aree di confine) indica l’aumento della dotazione di posti letto per acuti e post acuti negli Ospedali di montagna.*

*L’articolo 27 (poli unici ospedalieri) prevede la realizzazione, su proposta della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, di poli ospedalieri unici al fine di garantire qualità. efficienza ed economicità nell’erogazione dei servizi sanitari ed ospedalieri.*

*L’articolo 28 (rideterminazione ambiti territoriali delle aziende ULSS del Veneto) stabilisce che entro novanta giorni dall’entrata in vigore del Piano la Giunta regionale presenti uno specifico disegno di legge di riordino e riduzione delle aziende ULSS del Veneto.*

*L’articolo 29 (funzioni di area vasta) prevede l’individuazione da parte della Giunta regionale degli ambiti territoriali di area vasta.*

*L’articolo 30 (sperimentazioni gestionali) stabilisce che la Regione Veneto promuova lo sviluppo di progetti e programmi di sperimentazione gestionale.*

*Il titolo V (Soggetti del sistema regionale dei servizi sociali) individua e disciplina i compiti dei soggetti del sistema regionale dei servizi sociali.*

*L’articolo 31 (soggetti dell’intervento sociale) elenca i soggetti dell’intervento sociale.*

*L’articolo 32 indica le funzioni e i compiti dei comuni nel sistema regionale dei servizi sociali.*

*L'articolo 33 indica le funzioni e i compiti della Regione nel sistema regionale dei servizi sociali.*

*L'articolo 34 individua le funzioni e i compiti delle aziende ULSS nel sistema regionale dei servizi sociali.*

*L'articolo 35 individua le funzioni e i compiti del terzo settore nel sistema regionale dei servizi sociali.*

*L'articolo 36 istituisce la Conferenza regionale del terzo settore quale organo consultivo per la realizzazione concertata degli interventi nel campo sociale.*

*L'articolo 37 (rapporti con il volontariato) definisce le forme per la regolazione dei rapporti con il volontariato, le associazioni di promozione sociale e la cooperazione.*

*L'articolo 38 (Piano di zona dei servizi alla persona) disciplina modalità e forme di adozione del Piano di zona dei servizi alla persona.*

*L'articolo 39 (vigilanza e controlli)l contempla la nomina di un commissario ad acta in caso di mancata definizione e presentazione dei piani di zona dei servizi alla persona.*

*Il titolo VI (I Livelli di assistenza) definisce l'ambito dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e delle prestazioni sociali.*

*L'articolo 40 elenca le tipologie dei livelli essenziali di assistenza.*

*L'articolo 41 definisce i livelli di assistenza sanitaria.*

*L'articolo 42 definisce i livelli essenziali delle prestazioni sociali.*

*L'articolo 43 determina i principi e criteri generali dei livelli essenziali aggiuntivi sanitari e indica le modalità di recepimento e attuazione delle loro modificazioni.*

*L'articolo 44 indica le risorse destinate al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.*

*L'articolo 45 indica e definisce le tipologie dei livelli assistenziali aggiuntivi regionali.*

*L'articolo 46 indica e definisce le tipologie dei livelli assistenziali aggiuntivi locali.*

*L'articolo 47 prevede che la Giunta regionale disciplini forme di esenzione della partecipazione alla spesa sanitaria per patologia e reddito.*

*Il Titolo VII (Riparto risorse del Servizio sanitario regionale e fondo aree montane e lagunari) disciplina i criteri e le modalità di ripartizione delle risorse destinate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza.*

*L'articolo 48 definisce i criteri e le procedure per l'impiego di risorse sanitarie e la loro ripartizione.*

*L'articolo 49 definisce i criteri e le procedure per l'impiego di risorse sociali e la loro ripartizione.*

*L'articolo 50 istituisce il Fondo sanitario regionale per le aree montane e zone lagunari.*

*Il Titolo VIII (Continuità assistenziale – Casa della salute UTAP) contempla modi e forme atte ad assicurare la continuità assistenziale.*

*Gli articoli 51 e 52 definiscono i principi e gli obiettivi della "continuità territoriale".*

*L'articolo 53 prevede la creazione della Casa della salute intesa come struttura polivalente e funzionale all'erogazione delle cure primarie a garanzia della continuità assistenziale.*

*L'articolo 54 stabilisce che la Giunta regionale entro centoventi giorni dall'approvazione del Piano presenti al Consiglio regionale il programma di avvio della costruzione delle case della salute.*

*L'articolo 55 disciplina l'attività delle Unità Territoriali Assistenza Primaria (UTAP).*

*L'articolo 56 prevede che attraverso le case della salute e le UTAP si realizzi la valorizzazione della medicina convenzionata.*

*L'articolo 57 prescrive che i Direttori generali del ULSS presentino alla Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata del piano socio sanitario, i piani per l'istituzione delle UTAP.*

*Il titolo IX (Progetti obiettivo) contempla le finalità, le procedure e i relativi fondi per la realizzazione di progetti obiettivo.*

*L'articolo 58 prevede che la Regione Veneto promuova programmi e progetti di interventi volti ad assicurare servizi, azioni e opportunità per lo sviluppo e la valorizzazione della personalità dei minori.*

*L'articolo 59 istituisce il fondo regionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza.*

*L'articolo 60 definisce le procedure di accesso ed erogazione dei finanziamenti per la realizzazione di progetti.*

*L'articolo 61 indica le finalità del progetto obiettivo anziani.*

*L'articolo 62 indica le tipologie delle strutture e dei servizi residenziali per non autosufficienti.*

*L'articolo 63 indica le tipologie dei servizi di assistenza aperta per gli anziani.*

*L'articolo 64 elenca e definisce le tipologie delle strutture residenziali per non autosufficienti.*

*L'articolo 65 prevede che la Regione Veneto si accolli integralmente delle spese sanitarie nelle RSA per anziani e disabili includendo i servizi erogati nelle RSA tra i livelli essenziali di assistenza regionali.*

*L'articolo 66 indica le attività di assistenza domiciliare integrata e spedalizzazione a domicilio.*

*L'articolo 67 definisce principi e finalità relative ad azioni positive e politiche per le famiglie.*

*L'articolo 68 prevede l'adozione da parte del Consiglio regionale, su proposta della Giunta, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitari del piano triennale di programmazione delle azioni positive per le politiche di sostegno familiare.*

*L'articolo 69 definisce i criteri per la realizzazione di azioni positive a favore della procreazione libera e responsabile.*

*L'articolo 70 definisce i criteri per la realizzazione di azioni positive nel campo del privato sociale.*

*L'articolo 71 definisce i criteri per la realizzazione di azioni positive per le famiglie immigrate.*

*Il titolo X (Fondo perla non autosufficienza) prevede l'istituzione del fondo per la non autosufficienza.*

*L'articolo 72 istituisce il fondo e definisce il concetto di non autosufficienza.*

*L'articolo 73 indica le finalità del fondo.*

*L’articolo 74 stabilisce modalità di ripartizione e di funzionamento del fondo.*

*L’articolo 75 elenca le fonti di finanziamento del fondo.*

*Il titolo XI (Normativa transitoria) disciplina la normativa transitoria.*

*L’articolo 76 prevede le modalità e i termini per l’accesso alla finanza di progetto da parte delle aziende Unita locali socio sanitarie e degli Enti di gestione delle RSA.*

*L’articolo 77 prevede la realizzazione di progetti e azioni programmate.*

*L’articolo 78 (norma finale) prevede che le disposizioni previste dalla presente legge mantengano la loro efficacia sino all’approvazione e all’entrata in vigore di successivi provvedimenti di modificazione.*

**PIANO SANITARIO, SOCIO SANITARIO E SOCIALE 2008 - 2010**

## *TITOLO I - Programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale*

### *Capo I - Programmazione*

**Art. 1 - Finalità e oggetto.**

1. La presente legge regionale definisce gli obiettivi della programmazione sanitaria, socio sanitaria e sociale, individua le azioni prioritarie d'intervento, stabilisce i criteri di verifica e di valutazione al fine di assicurare la qualità e la realizzabilità degli obiettivi, individua i criteri per lo svolgimento delle attività sanitarie, socio sanitarie e sociali e le modalità della loro integrazione anche nei rapporti con gli enti locali nonché le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza.

2. Il Consiglio regionale approva la programmazione degli interventi e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali quale parte integrante e contestuale del Piano sanitario, socio sanitario e sociale 2008 – 2010, successivamente denominato Piano.

3. Il Piano viene attuato, nell'ambito delle risorse necessarie, attraverso modalità che prevedono la partecipazione dei comuni interessati in relazione alle competenze degli stessi in materia, dei soggetti del terzo settore che partecipano anche con proprie risorse alla realizzazione dei servizi e con la collaborazione dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 6 della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

**Art. 2 - Obiettivi.**

1. Il Piano persegue il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

a) tutela e promozione della salute senza distinzione di condizioni individuali o sociali;

b) rafforzamento dell'area della prevenzione collettiva e della prevenzione rivolta alla persona;

c) erogazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni e all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, prevedendo inoltre l'adeguamento ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, come determinati dallo Stato in attuazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione;

d) sviluppo della rete integrata di servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, alle persone non autosufficienti, ai disabili, ai malati psichici e ai tossicodipendenti;

e) sostegno alle famiglie con persone non autosufficienti anche con l'istituzione di apposito fondo straordinario per la non autosufficienza;

f) l'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la formazione continua del personale e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse;

g) l'attuazione del principio del governo clinico, inteso come corresponsabilizzazione dei dirigenti e degli operatori alle scelte strategiche

effettuate ai diversi livelli del sistema sanitario nell'ottica di un miglioramento continuo dei livelli assistenziali, in risposta alle esigenze dell'utenza;
h) promozione di un corretto ed appropriato uso dei farmaci e la farmacovigilanza;
i) garanzia e monitoraggio della qualità di sistema, dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria;
l) sviluppo della conoscenza degli operatori socio-sanitari e socio- assistenziali e la realizzazione della formazione permanente di alto livello in medicina e sanità;
m) potenziamento dei servizi di urgenza e emergenza;
n) piena integrazione dei sistemi informativi delle aziende sanitarie;
o) tutela, conservazione e dematerializzazione dei dati clinici;
p) promozione del ruolo del terzo settore, come soggetto attivo nella progettazione e nella realizzazione degli interventi sociosanitari e sociali;
q) la partecipazione della persona nelle scelte concernenti il percorso assistenziale e la partecipazione dei cittadini singoli o associati nelle organizzazioni rappresentative di tutela dei diritti e di volontariato alle attività di programmazione e di valutazione degli enti e dei servizi del Servizio sanitario regionale;
r) sviluppo di politiche ed interventi per la tutela della salute e per l'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone immigrate;
s) promozione delle politiche a sostegno delle famiglie, dell'infanzia, dell'adolescenza, dei giovani e degli anziani.

## *CAPO II – Ulteriori obiettivi del Piano*

### Art. 3 - Sicurezza delle cure.

1. Le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate del Servizio sanitario regionale si dotano di un sistema per la sicurezza dei pazienti e per la gestione del rischio clinico, prevedendo la individuazione in ogni struttura sanitaria di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla sicurezza dei pazienti e alla gestione del rischio clinico, coerentemente con gli obiettivi di qualità di cui all'articolo 13. Tale funzione deve prevedere l'attuazione di misure preventive, la formazione degli operatori ed il monitoraggio degli errori e degli eventi avversi che si manifestano nel corso e a seguito di procedure cliniche, nonché le modalità di trasmissione dei relativi dati all'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e al Ministero della salute.

2. Le segnalazioni relative a i singoli eventi e i dati successivamente elaborati sono trattati in forma completamente anonima.

### Art. 4 - Abbattimento delle liste di attesa. Azioni positive.

1. Esclusi i casi di urgenza, nei quali le prestazioni sono garantite dai servizi delle aziende unità locali sociosanitarie (ULSS) e ospedaliere entro ventiquattro ore, il cittadino ha diritto alle prestazioni prescritte dal medico curante entro il termine massimo di trenta giorni per le prestazioni per le quali tale termine è fissato dalla Giunta regionale.

2. Qualora tale termine venga superato la prestazione è erogata prioritariamente dalla azienda ULSS di appartenenza o dall'azienda ULSS o ospedaliera a cui è stata richiesta la prestazione entro le successive trentasei ore o

nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, senza oneri aggiuntivi per il cittadino.

3. Al termine di ogni trimestre il direttore generale, visto il monitoraggio sulle liste di attesa, sentito il collegio di direzione, attiva programmi di libera professione d'azienda al fine di contenere le attese entro i limiti massimi di cui al comma 1 contestualmente ad un Piano semestrale di riorganizzazione delle attività ospedaliere e ambulatoriali dell'ULSS o azienda ospedaliera che preveda modalità di accesso diretto ai centri di prenotazione da parte dei medici di medicina generale, anche mediante procedure informatizzate.

4. Il maggior costo della prestazione è posto a carico del bilancio della ULSS di appartenenza e dell'azienda alla quale è stata richiesta la prestazione in misura eguale.

5. Il direttore generale attiva una commissione per la appropriatezza al fine di verificare la congruità delle prestazioni erogate in relazione al fabbisogno, coinvolgendo le professioni mediche della azienda ULSS e ospedaliera ed attivando un monitoraggio trimestrale.

6. Il direttore generale pubblica attraverso i maggiori quotidiani la rilevazione trimestrale dei tempi di attesa per le prestazioni dell'ULSS.

7. Il mancato raggiungimento degli obiettivi previsti dal comma 1 costituisce motivo per la risoluzione del contratto di nomina del direttore generale.

**Art. 5 - Ruolo delle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario regionale.**

1. Le farmacie aperte al pubblico, nelle diverse configurazioni di farmacie pubbliche e private, contribuiscono al perseguimento degli obiettivi del Servizio sanitario regionale, del quale costituiscono presidi sanitari polifunzionali. Oltre ad assicurare l'assistenza farmaceutica agli aventi diritto nel rispetto della normativa in vigore, esse svolgono, sulla base dei principi posti dal presente articolo e della disciplina regionale, attività, in particolare, nei seguenti settori:

a) supporto anche organizzativo all'assistenza domiciliare integrata per i pazienti residenti nell'ambito della sede farmaceutica di rispettiva pertinenza;

b) analisi di laboratorio di prima istanza utilizzando apparecchiature di autoanalisi restando in ogni caso esclusa l'attività di prelievo del sangue o plasma mediante siringhe; la Regione definisce i criteri di formazione degli operatori, i riferimenti funzionali con i servizi assistenziali corrispondenti ed i criteri di certificazione per eventuali attività di telemedicina;

c) analisi di laboratorio di prima istanza, con un sistema di controllo di qualità e di gestione delle emergenze, anche utilizzando servizi di telemedicina, definito in accordo con il laboratorio di patologia clinica dell'azienda ULSS di riferimento; la Giunta regionale definisce annualmente, in accordo con le società scientifiche l'elenco degli accertamenti di cui al presente comma;

d) supporto all'attività del medico di medicina generale ai fini del monitoraggio dell'utilizzazione dei farmaci prescritti;

e) attività di educazione sanitaria al pubblico sulla base della programmazione regionale o di accordi con le competenti autorità comunali.

2. La Giunta regionale promuove, d'intesa con le organizzazioni maggiormente rappresentative dei titolari di farmacia e con le aziende ULSS del Veneto, l'accordo contenente criteri, modalità e incentivi anche economici finalizzato allo svolgimento nel territorio regionale del ruolo delle farmacie

specificato nel presente articolo, in rete con le case della salute e gli ospedali di comunità.

**Art. 6 - Fornitura diretta di farmaci.**

1. La Giunta regionale interviene con direttive vincolanti sui meccanismi di distribuzione di ogni tipo di farmaco erogato a carico del Servizio sanitario regionale, anche ad integrazione di quanto già previsto dall'articolo 8 della legge 16 novembre 2001, n. 405 "Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria" con le seguenti modalità:

a) distribuzione diretta, attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario regionale, di farmaci ad alto costo;

b) accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario regionale;

c) erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;

d) fornitura diretta dei farmaci da parte della struttura pubblica per il periodo immediatamente successivo alla dimissione del paziente dal ricovero ospedaliero o alla visita ambulatoriale specialistica.

**Art. 7 - Sorveglianza sugli esposti ed ex esposti all'amianto.**

1. La Regione Veneto istituisce e disciplina uno specifico servizio di sorveglianza sanitaria per tutti i lavoratori esposti ed ex esposti all'amianto.

2. Si intende per esposto ed ex esposto all'amianto quel soggetto che abbia lavorato o che lavori in ambienti di lavoro definiti a rischio amianto.

3. La Giunta regionale, sulla base delle proposte degli SPISAL, sentita la competente Commissione consiliare, adotta linee guida finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce dei danni provocati dall'esposizione all'amianto.

4. I lavoratori esposti o ex esposti all'amianto così come definiti al comma 2 beneficiano a titolo gratuito delle prestazioni sanitarie previste da appositi linee guida elaborate ai sensi del comma 3.

5. La Giunta regionale provvede all'attivazione del programma di informazione e di educazione sanitaria per i lavoratori esposti o ex esposti all'amianto.

## *TITOLO II - Aspetti istituzionali e di ordinamento*

### *CAPO I - Organizzazione del servizio sanitario, socio-sanitario e sociale regionale*

**Art. 8 - Autorizzazione, accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali - fondo di rotazione.**

1. L'autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie e sociali, l'accreditamento e la vigilanza delle stesse sono disciplinate dalla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.

2. La Giunta regionale con proprio provvedimento, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, verifica la coerenza dei provvedimenti attuativi della legge regionale n. 22/2002 ai fini dell'adeguamento ai contenuti del Piano di cui alla presente legge.

3. Il Consiglio regionale con legge di bilancio istituisce apposito fondo alimentato con risorse pubbliche e private per finanziare progetti di adeguamento delle strutture esistenti ai fini dell'accreditamento. Il fondo garantisce gli interventi necessari per l'accreditamento delle strutture di cui ai commi precedenti da realizzarsi entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, trascorsi i quali le strutture che non ottengono l'accreditamento sono dismesse.

4. L'utilizzo di risorse private per gli interventi di cui al presente articolo è sottoposto a verifica di congruità con la programmazione regionale.

**Art. 9 - Rapporti con l'università.**

1. Il Consiglio regionale, con proprio provvedimento, adotta il protocollo d'intesa di cui al DPCM del 24 maggio 2001 recante: "Linee-Guida" concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra Regioni e Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale, con il quale definisce le forme e le modalità di concertazione, al fine di individuare le strutture del Servizio sanitario regionale, che, insieme a quelle universitarie, costituiscono la rete di carattere formativo che soddisfa le specifiche esigenze connesse alla formazione degli specializzandi e alla formazione del personale sanitario.

2. Con il protocollo di cui al comma 1 vengono stabilite le modalità con cui le Università, per gli aspetti di competenza legati alle strutture e attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle proprie funzioni fondamentali di didattica e di ricerca, contribuiscono alla definizione degli indirizzi di politica sanitaria e di ricerca, dei programmi di intervento e dei modelli organizzativi delle strutture e delle attività di cui al comma 1.

3. Il protocollo definisce inoltre:

a) i criteri generali per l'adozione dell'atto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie;

b) le modalità di monitoraggio della gestione dell'azienda, finalizzate all'adozione di misure di contenimento dei costi coerenti con il risultato del monitoraggio;

c) le modalità con cui l'azienda ospedaliero-universitaria acquisisce il preventivo parere dell'Università sui piani attuativi locali del Piano sanitario regionale, sui piani e programmi di investimento e sui bilanci;

d) le modalità di espletamento, presso aziende ed enti del Servizio sanitario regionale dei corsi di diploma e di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione;

e) gli specifici parametri relativi al personale ed attrezzature da assegnare in rapporto al numero di allievi ammessi in ciascuna struttura;

f) i metodi e gli strumenti di collaborazione tra sistema sanitario regionale e formativo;

g) i reciproci impegni della Regione e dell'Università destinati al miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'attività integrata di didattica, assistenza e ricerca.

**Art. 10 - Il Sistema informativo sanitario, socio-sanitario e sociale regionale.**

1. Il sistema informativo sanitario, socio-sanitario e sociale regionale assicura la definizione delle risorse informative esistenti ai differenti livelli del sistema sanitario e sociosanitario regionale, finalizzata all'esercizio delle funzioni di analisi epidemiologica, di monitoraggio delle prestazioni e dei livelli di assistenza, di verifica dei costi e dell'andamento economico, e di rispondenza dell'azione svolta agli obiettivi di programmazione, attraverso un sistema di indicatori pertinente e dinamico.

2. L'obiettivo di cui al comma 1 è perseguito in una logica di rete dei diversi soggetti del sistema sanitario e socio sanitario regionale e all'integrazione dei sistemi informativi delle aziende ULSS e ospedaliere, secondo le seguenti linee di intervento:

a) in riferimento all'utente: disponibilità su base sovra-aziendale delle informazioni sanitarie individuali, con il vincolo dell'adozione di opportuni strumenti di autenticazione e sicurezza, per consentire, da ogni punto di contatto con il Sistema, la visibilità della gamma complessiva di offerta del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, in attuazione dei principi della continuità assistenziale e della libertà di scelta;

b) in riferimento agli operatori: predisposizione delle funzioni di interconnessione e visibilità integrata dei servizi e delle informazioni;

c) in riferimento al sistema delle aziende ULSS ospedaliere e dell'amministrazione regionale: acquisizione di informazioni pertinenti, affidabili e tempestive per l'esercizio delle funzioni di programmazione e controllo, secondo un sistema condiviso di regole di validazione e di indicatori;

d) in riferimento a quanto previsto dal monitoraggio dei piani di zona (DGR 28 novembre 2006, n. 3702).

**Art. 11 - Tutela, conservazione e dematerializzazione dei dati clinici.**

1. La Regione Veneto garantisce la più ampia e completa tutela e conservazione dei dati clinici personali e promuove per la loro informatizzazione e dematerializzazione programmi di investimenti nelle strutture sanitarie pubbliche e incentivi alle strutture sanitarie private preaccreditate. La tenuta delle cartelle cliniche è disciplinata dalla legge regionale.

**Art. 12 - Relazione socio-sanitaria regionale.**

1. L'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è sostituito dal seguente:

*"Art. 115 - Relazione socio sanitaria regionale.*

*1. Entro il 30 settembre di ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, tramite la competente Commissione consiliare, la relazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale regionale comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del piano sanitario, socio-sanitario e sociale regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione, dello stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione di cui al comma 4 dell'articolo 113."*.

**Art. 13 - Sviluppo di un sistema di governo clinico finalizzato al miglioramento continuo della qualità assistenziale.**

1. Il controllo di qualità attua a livello regionale la verifica sistematica del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione, mediante l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e il controllo di qualità nonché la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse organizzative e strumentali necessarie.

2. La strutturazione organizzativa regionale definirà un sistema di governo clinico volto al miglioramento continuo della qualità dei propri servizi e a garantire elevati standard di assistenza creando un ambiente in cui si può sviluppare l'eccellenza dell'assistenza sanitaria e tenendo presenti i punti seguenti:

a) coinvolgimento dei pazienti e della popolazione;
b) linee guida e percorsi diagnostico assistenziali;
c) audit clinico e monitoraggio dei processi con valutazione della qualità dell'assistenza;
d) risk management;
e) educazione continua in medicina e gestione delle conoscenze;
f) benessere organizzativo per gli operatori;
g) appropriatezza clinica.

## *TITOLO III - Organizzazione aziende ULSS, ruolo delle autonomie locali e partecipazione alla programmazione*

### *CAPO I - Organizzazione aziende ULSS*

**Art. 14 - Direttori Generali.**

1. La Giunta regionale determina preventivamente, anche sentite le associazioni degli utenti, i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo agli obiettivi definiti e quantificati nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi.

**Art. 15 - Distretto socio-sanitario.**

1. Il distretto assicura, attraverso la predisposizione di programmi delle attività territoriali, l'organizzazione e l'erogazione delle attività di assistenza primaria, delle prestazioni ad alta integrazione sociosanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; esso opera in collaborazione con i presidi ospedalieri ed i servizi comunali al fine di garantire l'integrazione delle attività specialistiche e la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nell'ambito di percorsi assistenziali integrati, in collaborazione con la rete dei servizi e degli interventi previsti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328. Il distretto opera altresì in modo integrato con i dipartimenti territoriali dotati di proprie risorse e di autonomia tecnico professionale, elaborando congiuntamente il piano delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia economica e tecnico-gestionale.

**Art. 16 - Dipartimenti.**

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende ULSS e ospedaliere.

2. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale fra una terna di dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

3. I dipartimenti delle attività ospedaliere sono di natura strutturale. La preposizione ai dipartimenti strutturali comporta l'attribuzione sia di responsabilità in materia organizzativa sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore del dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento mediante la costituzione di comitati di dipartimento; nell'atto aziendale vengono definite le strutture in staff a supporto dell'attività dipartimentale.

**Art. 17 - Criteri per la nomina dei dirigenti di struttura complessa.**

1. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è effettuata dal direttore generale ai sensi dell'articolo 15 ter del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche, in conformità alla graduatoria dei candidati idonei predisposta da una commissione composta da:

a) il direttore sanitario che la presiede;

b) un dirigente di struttura complessa della medesima disciplina scelto in altra azienda ULSS dal collegio di direzione;

c) un dirigente di struttura complessa della medesima disciplina estratto a sorte su un elenco regionale.

2. Con riferimento al DPR n. 484/1997 relativo a requisiti e criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale, la commissione ha il compito di valutare i titoli professionali, scientifici e di carriera nonché le capacità gestionali, mediante colloquio.

3. La conferma dell'incarico di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari è valutata da una commissione composta da:

a) il direttore sanitario che la presiede;

b) un dirigente di struttura complessa della medesima specialità scelto in altra azienda ULSS dal collegio di direzione;

c) un dirigente di struttura complessa della medesima specialità estratto a sorte su un elenco regionale.

4. La Regione definisce i criteri generali di valutazione del dirigente.

**Art. 18 - Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario.**

1. La direzione di struttura complessa comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico prevista dal contratto individuale. La direzione di struttura semplice non comporta l'esclusività del rapporto di lavoro per la durata dell'incarico previsto dal contratto individuale, salvo che per le strutture semplici dipartimentali con autonomia gestionale. Per gli altri incarichi

dirigenziali è consentito, a domanda, al termine dell'impegno assunto con il contratto individuale, transitare dal rapporto esclusivo a quello non esclusivo e viceversa con effetti giuridici ed economici che decorrono dal primo giorno del mese successivo.

**Art. 19 - Il collegio di direzione.**

1. In ogni azienda ULSS è costituito il collegio di direzione, del quale la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali. Il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda ed inoltre esprime parere obbligatorio sul bilancio e sull'atto aziendale, sulla contrattazione integrativa aziendale, sul piano di educazione medica continua (ECM) e sulle modalità di esercizio della libera professione intramuraria.

2. Il collegio di direzione è composto da componenti di diritto:

a) il direttore sanitario;
b) il direttore amministrativo;
c) il direttore sociale;
d) i direttori dei distretti e di presidio ospedaliero;
e) i direttori dei dipartimenti strutturali operanti nelle aree sanitarie, professionali, tecnica ed amministrativa;
f) il responsabile del SUEM (ove presente);
g) il responsabile del dipartimento funzionale delle tossicodipendenze;
h) il dirigente del servizio infermieristico o di strutture similari con altra denominazione;
i) due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale interno eletti dalle rispettive assemblee.

3. Nel collegio di direzione delle aziende ospedaliere-universitarie previste dall'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, è assicurata la proporzione tra la componente sanitaria ospedaliera e la componente sanitaria universitaria.

4. Il Presidente viene eletto dal collegio.

## *CAPO II – Poteri Autonomie locali*

**Art. 20 - Poteri delle Autonomie locali.**

1. Alla Conferenza dei sindaci, oltre ai compiti previsti dalle vigenti norme, sono attribuite le seguenti funzioni che esercita attraverso l'esecutivo dei sindaci:

a) l'intesa con il Presidente della Giunta regionale per la nomina del direttore generale delle aziende ULSS; se l'intesa non si realizza il Presidente della Giunta regionale nomina il direttore generale all'interno di una terna di idonei, indicata dall'esecutivo dei sindaci;
b) il parere obbligatorio sulla nomina del direttore generale dell'azienda integrata Ospedale - Università;

c) la designazione di un proprio rappresentante nel comitato di indirizzo dell'azienda integrata Ospedale - Università;
d) la nomina, sentito il parere del direttore generale, del direttore sociale;
e) il parere obbligatorio sull'atto aziendale;
f) il parere obbligatorio sul bilancio (parte sanitaria);
g) il parere obbligatorio sui provvedimenti adottati in esecuzione della programmazione regionale;
h) l'approvazione del bilancio (parte socio-sanitaria e sociale).

2. La Conferenza dei sindaci si riunisce obbligatoriamente sei volte l'anno; è possibile una convocazione straordinaria su richiesta della maggioranza dei suoi componenti.

**Art. 21 - Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.**

1. Alla Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112" e successive modificazioni, fermi restando i compiti previsti dalla vigente normativa, sono attribuiti i seguenti poteri:
a) parere obbligatorio sui provvedimenti di riparto del fondo sanitario regionale, del fondo sociale e dei fondi per investimenti;
b) parere obbligatorio sui provvedimenti della Regione riguardanti misure finanziarie di rientro dai disavanzi delle aziende ULSS e delle aziende ospedaliere;
c) ogni altro provvedimento attuativo della presente legge, riguardante la programmazione sanitaria e socio sanitaria.

2. È istituita la consulta regionale delle società scientifiche quale organo tecnico-scientifico di supporto nella programmazione regionale; la composizione e le funzioni vengono definite con apposito atto della Giunta regionale.

***CAPO III – Partecipazione alla programmazione socio – sanitaria e sociale***

**Art. 22 - Partecipazione alla programmazione.**

1. La Regione promuove la partecipazione dei cittadini utenti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria e sociale in ambito regionale e locale.

2. In particolare, è compito della Giunta regionale, in attuazione del comma 1 e sentita la competente Commissione consiliare:
a) definire i criteri e le modalità di partecipazione autonoma e collaborativa e di consultazione dei cittadini utenti, delle loro organizzazioni, nonché degli organismi di volontariato e di tutela, alle fasi di impostazione della programmazione e di verifica della qualità dei servizi, sia a livello regionale che aziendale;
b) definire i contenuti obbligatori dei protocolli d'intesa tra aziende ULSS e le organizzazioni rappresentative dei cittadini utenti.

**Art. 23 - Tutela dei diritti dell'utenza e carta dei servizi.**

1. È compito della Regione:

a) sovrintendere al processo di attuazione delle carte dei servizi, anche impartendo direttive per la loro omogenea definizione e linee guida per la necessaria integrazione tra le aziende ULSS e ospedaliere dello stesso ambito territoriale;

b) impartire direttive alle aziende ULSS e ospedaliere, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la condizione fondamentale per assicurare ai cittadini utenti l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie e la partecipazione alla verifica annuale della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

2. La Regione individua quali specifici strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini utenti sulla qualità dei servizi erogati:

a) la carta dei servizi di cui al DPCM 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari" ";

b) la conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992;

c) i protocolli d'intesa di cui all'articolo 14, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992.

3. Le aziende ULSS e ospedaliere, previo confronto con le organizzazioni di cui all'articolo 7, approvano e aggiornano annualmente la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti.

4. La carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le aziende ULSS e ospedaliere orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La carta contiene gli impegni per il miglioramento dei servizi, definisce gli indicatori di qualità e gli standard, generali e specifici, cui gli stessi devono adeguarsi.

5. Le aziende ULSS e ospedaliere assicurano:

a) specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione;

b) l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti.

6. Le aziende ULSS e ospedaliere individuano la collocazione, i compiti e le funzioni dell'Ufficio relazioni con il pubblico e costituiscono appositi punti informativi, a disposizione degli utenti, sulle prestazioni erogate nell'ambito del territorio di riferimento e per un orientamento sull'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della Regione. A tal fine le aziende ULSS e ospedaliere coordinano le attività dirette all'informazione degli assistiti.

7. Il direttore generale d'intesa con la Conferenza dei Sindaci indice la Conferenza di cui al comma 2, lettera b), per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione aziendale, il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi e definire gli interventi utili per il loro miglioramento. A tal fine il direttore generale rende noti i dati relativi

all'andamento dei servizi ed il grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

8. Alla Conferenza dei servizi partecipano i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato i protocolli di intesa di cui al successivo comma 9.

9. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le aziende ULSS e ospedaliere, le associazioni di volontariato e di tutela individuano e concordano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì la concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. I contenuti obbligatori di tali protocolli sono individuati con atto della Giunta regionale.

10. La Regione istituisce un Osservatorio regionale delle Carte dei servizi con il compito di stimolare i processi di stesura e migliorare, attraverso la promozione delle "best practicies", la cultura della trasparenza e della tutela degli utenti sul modello delle "citizen charter".

## *TITOLO IV – Programmazione ospedaliera e riordino ambiti aziende ULSS*

### *CAPO I – Dimensionamento Rete Ospedaliera*

**Art. 24 - Dimensionamento della rete ospedaliera regionale.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, adegua le schede di dotazione ospedaliera di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 in rapporto agli ambiti territoriali di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, secondo quanto stabilito dai successivi commi.

2. Le schede di cui al comma 1 definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle ULSS e delle aziende ospedaliere e indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome.

3. Le schede di cui al comma 1 individuano altresì la collocazione territoriale delle funzioni multizonali o di area vasta. I direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, alle quali sono demandate tali funzioni, concordano con le ULSS interessate, le modalità di espletamento delle stesse, per le quali è assegnato uno specifico finanziamento commisurato ai maggiori oneri effettivamente sostenuti, fermo restando il pagamento a prestazione.

4. Le dotazioni strutturali articolate per area funzionale omogenea, le unità operative autonome e le attività multizonali di area vasta di cui ai commi 2 e 3, s'intendono vincolanti per le unità locali socio-sanitarie e le aziende ospedaliere.

**Art. 25 - Organizzazione rete ospedaliera.**

1. I criteri di riferimento per la riorganizzazione della rete ospedaliera comprendono:

A) Ospedale per acuti

Struttura in cui sono presenti tutte le unità operative (UO) ed i servizi necessari per:

1. la diagnosi\terapia per le patologie acute prevalenti nel bacino di competenza e che richiedano il ricovero;
2. la diagnosi che richiede attrezzature complesse (RMN, TAC) o metodiche invasive (endoscopiche) senza la necessità di ricovero.

I livelli organizzativi interni potranno essere strutturati per intensità di cura che abbiano i seguenti riferimenti:

a) definizione dei livelli:
    1. intensivo e subintensivo
    2. ricovero ordinario ed a ciclo breve
    3. prestazioni diurne ed ambulatoriali
b) definizione di un percorso diagnostico terapeutico integrato
c) affidamento a un medico tutor della UO di competenza per l'intero ciclo di degenza
d) raccordo con l'offerta territoriale

B) Ospedale per acuti di zona

Gli ospedali per acuti di zona devono essere dotati di tutte le specialità ed i servizi di base: Pronto Soccorso, Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ortopedia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Anestesia e Rianimazione, Laboratorio, Radiologia, etc.

Nell'ambito della stessa ULSS vanno ricomprese le UO specialistiche intermedie (Cardiologia, Oculistica, ORL, urologia, Neurologia, Nefrologia-dialisi, Oncologia,..), suddivise tra gli Ospedali di zona per acuti, senza duplicazioni e facendo in modo che siano presenti come attività (Day Surgery/ DayHospital/ Ambulatori) ove non sono incardinate le degenze;

C) Ospedali di riferimento per le alte specialità

Oltre alle funzioni di base previste al punto B) sono riferimento per le alte specialità (Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia, Toracica, Chirurgia Vascolare, Ematologia) con la possibilità, in base ai dati epidemiologici, di ambiti di riferimento più vasti (es. Oncoematologia Pediatrica, Unità Spinali, Centro Ustionati, Malattie Rare). Per le specialità di base e quelle intermedie il livello delle prestazioni deve essere omogeneo tra tutti gli ospedali secondo la logica dell'area vasta.

D) Ospedali ad indirizzo Riabilitativo-lungodegenziale – ospedali di comunità

La Regione per assicurare la continuità assistenziale realizza strutture che garantiscono un elevato sistema di assistenza sanitaria infermieristico- riabilitativa di intergiunzione tra cure ospedaliere e distrettuali con l'obiettivo primario dell'assistenza alla persona.

Tali strutture possono essere identificate negli ospedali di comunità e devono essere ubicate presso strutture pubbliche.

Per garantire la continuità assistenziale tra il sistema di cure ospedaliere e il sistema di cure distrettuali è avviata una specifica rifinalizzazione delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) da riconversione ospedaliera, prevedendo che l'ammissione a tali strutture residenziali resti riservata ai pazienti prevalentemente anziani, in dimissione da reparti ospedalieri e affetti da esiti non stabilizzati di patologia acuta per una permanenza prevista non superiore ai sessanta giorni continuativi, prorogabili fino ad un massimo di altri trenta giorni senza oneri a carico dell'assistito, a motivo di comprovate situazioni di carattere eccezionale.

Negli ospedali di comunità che ospitano pazienti in dimissione dai reparti ospedalieri per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare in modo efficace il processo di recupero, la continuità assistenziale è assicurata senza oneri a carico dell'assistito.

2. I direttori generali delle aziende ULSS e delle aziende ospedaliere, mediante il piano generale attuativo triennale e i piani annuali, assumono, d'intesa

con il Sindaco o la rappresentanza della conferenza dei sindaci, i provvedimenti di razionalizzazione delle funzioni ospedaliere, tenendo conto, nei limiti dell'accreditamento e del budget assegnato, delle strutture accreditate di cui alle schede indicate al comma 1 dell'articolo 26.

3. I direttori generali, sentito il Sindaco o la rappresentanza della conferenza dei sindaci, possono altresì proporre alla Giunta regionale, nell'ambito del piano annuale di ciascuna unità locale socio-sanitaria ed azienda ospedaliera, nuove disattivazioni contestualmente all'avvio di servizi alternativi al ricovero ospedaliero quali l'assistenza domiciliare integrata, le residenze sanitarie assistenziali, gli ospedali di comunità.

4. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, aggiorna annualmente le schede, tenuto conto delle proposte di cui al comma 2 formulate dai direttori generali.

**Art. 26 - Sanità e Ospedali di montagna e delle aree di confine.**

1. La dotazione di posti letto per acuti e post acuti negli ospedali di montagna e delle aree di confine è aumentata dell'uno per mille rispetto alla pianura.

2. La dotazione di posti letto nelle RSA di montagna e delle aree di confine è incrementata dello 0,5 per cento per i soggetti tra i sessantacinque e settantaquattro anni e dell'1 per cento per i soggetti oltre i settantacinque anni.

3. Gli Ospedali per acuti, post acuti e sub-acuti di montagna e delle aree di confine possono essere ubicati anche in più sedi nello stesso territorio, collegati in rete con le strutture ad alta specializzazione e con le strutture di pronto intervento presenti nel territorio regionale.

4. Nei territori montani e delle aree di confine l'assegnazione dei medici di base è eseguita direttamente dall'ULSS di pertinenza.

**Art. 27 - Poli unici ospedalieri.**

1. Al fine di pervenire a soluzioni idonee a garantire qualità, efficienza ed economicità nell'erogazione dei servizi sanitari ed ospedalieri, in attuazione della programmazione la realizzazione dei poli ospedalieri unici è proposta dalla Giunta regionale sentita la conferenza dei sindaci dell'ULSS interessata e sottoposta a parere della competente Commissione consiliare. La proposta della Giunta regionale deve contenere l'indicazione delle risorse per la realizzazione dei poli ospedalieri unici e delle modalità di finanziamento dell'intero intervento.

## *CAPO II – Rideterminazione ambiti ULSS*

**Art. 28 - Rideterminazione ambiti territoriali delle aziende ULSS del Veneto.**

1. La Giunta regionale individua ambiti ottimali di programmazione dei bisogni di salute della popolazione al fine di ridurre i costi di gestione e realizzare obiettivi di appropriatezza. A tal fine presenta, entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, uno specifico disegno di legge di rideterminazione degli ambiti territoriali delle aziende ULSS del Veneto di cui alla legge regionale n. 56/1994, anche mediante accorpamenti e aggregazione di comuni in aziende ULSS di Province diverse, qualora sussistano condizioni per il raggiungimento di obiettivi di maggiore appropriatezza e razionalità nell'erogazione dei sevizi sanitari, socio-sanitari e sociali, nel rispetto dei seguenti criteri:

a) mantenimento delle strutture ospedaliere di riferimento degli ambiti territoriali soggetti ad accorpamento;
b) mantenimento delle strutture territoriali di erogazione dei servizi sociali e socio-sanitari;
c) congrua rideterminazione degli strumenti di programmazione: piano attuativo locale (PAL), programma delle attività territoriali (PAT) e piano di zona dei servizi alla persona.

**Art. 29 - Funzioni di area vasta.**

1. Al fine di garantire l'ottimale esercizio di determinate funzioni sanitarie, qualità ed efficienza nell'erogazione di servizi di alta specialità e delle funzioni di emergenza/urgenza, la Giunta regionale individua ambiti territoriali di area vasta, nell'ambito della medesima provincia e in base ad idonei bacini di utenza, nei quali programmare la gestione e il coordinamento dei servizi in rete.

2. L'area vasta mira a garantire:

a) le soluzioni amministrative e gestionali comuni (gestione amministrativa del personale, acquisti centralizzati, settore legale e convenzioni, settore farmaceutico, formazione ed aggiornamento, economato e provveditorato); nel rispetto delle realtà locali può prevedere una strutturazione policentrica con una stretta connessione informatica;
b) il corretto utilizzo della competenze e della risorse per l'alta specialità in connessione funzionale con le specialità di base ed Intermedie di tutto l'ambito di riferimento;
c) la corretta gestione del trauma mediante l'individuazione del centro di riferimento dotato di Trauma Service;
d) la costituzione di una modalità organizzativa in rete di specialità intermedie diffuse (quali cardiologia interventistica, endoscopia interventistica), strutturata in più sedi paritarie, che preveda percorsi condivisi, mobilità degli operatori in base alle necessità e competenza, adeguato training per le competenze particolari), gestita da un coordinamento di area.

Il finanziamento a funzione va riferito all'area e non alle singole.

3. La delibera di cui al comma 1 è sottoposta al parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e della competente Commissione consiliare.

**Art. 30 - Sperimentazioni gestionali e istituzionali – Finalità.**

1. La Regione promuove lo sviluppo di progetti e programmi di sperimentazione gestionale e istituzionale finalizzati allo sviluppo dell'innovazione gestionale e alla introduzione di nuovi modelli organizzativi per l'uso delle risorse e per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

2. Le sperimentazioni istituzionali sono finalizzate alla evoluzione del modello veneto dalla gestione unitaria dei servizi sanitari e socio-sanitari in capo all'azienda ULSS alla ricerca di soluzioni idonee a favorire la gestione unitaria di tutti i servizi alle persone: sociali, socio-sanitari e sanitari. In questo contesto va sperimentato un maggiore coinvolgimento di responsabilità degli enti locali nella gestione e nelle responsabilità economico-patrimoniali.

3. I progetti di sperimentazione gestionali e istituzionali sono adottati dalla conferenza dei sindaci dell'ULSS competente e approvati dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare.

4. La Giunta regionale entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, adotta specifico provvedimento legislativo contenente le linee guida e le modalità di avvio dei progetti e dei programmi di sperimentazione gestionale e istituzionale e per la loro valutazione, attenendosi ai seguenti criteri:

a) fissazione dei limiti percentuali, non superiori al 49 per cento, di partecipazione dei privati, nel caso di società miste pubblico-private;

b) fissazione di clausole di risoluzione della convenzione e di scioglimento degli organi sanitari nel caso di mancato raggiungimento dei risultati della sperimentazione avviata, nonché risoluzione del rapporto contrattuale con i privati in caso di inadempienze;

c) definizione della durata della sperimentazione, dell'assetto organizzativo e di indicatori di qualità e risultato;

d) modalità di conseguimento con la sperimentazione dei livelli essenziali di assistenza e coerenza con gli obiettivi della programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

## *TITOLO V - Soggetti del sistema regionale dei servizi sociali e strumenti della programmazione*

### *CAPO I - Soggetti del sistema regionale*

**Art. 31 - Soggetti dell'intervento sociale.**

1. Sono soggetti del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali:

a) i comuni;

b) la Regione;

c) le aziende ULSS e le IPAB qualora trasformate in aziende di servizi alla persona (ASP);

d) il terzo settore.

**Art. 32 - Comuni.**

1. I comuni sono titolari della generalità delle funzioni e dei compiti relativi alla programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sociali e, in particolare, di quelli relativi alle materie indicate alle lettere a), b), c), d), e), f) e g), comma primo, dell'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché di quelle previste dall'articolo 6 della legge n. 328/2000 e delle attività sociosanitarie di cui all'articolo 132 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

2. I comuni, in conformità all'articolo 128, comma 4, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, svolgono, di norma, i propri compiti in forma associata, con esclusione degli interventi di carattere economico, ed in ambiti territoriali coincidenti con quelli delle aziende ULSS.

3. I comuni individuano soluzioni gestionali ottimali atte a garantire l'unitarietà delle risposte ai bisogni e i livelli uniformi di assistenza sociale, in relazione ai livelli essenziali determinati dallo Stato, tenendo conto delle esigenze dell'integrazione sociosanitaria, anche avvalendosi delle forme organizzative di cui agli articoli 31 e 114 del decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267; svolgono inoltre funzioni di promozione e di agevolazione dei soggetti di cui ai commi 4 e

5 dell’articolo 1 della legge n. 328/2000 con i quali possono realizzare accordi per la realizzazione e la gestione della rete dei servizi sociali.

4. La gestione delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'articolo 3 septies, comma 2, lettera b) del decreto legislativo n. 502/1992 è garantita dai comuni attraverso accordi di programma o mediante delega alle aziende ULSS, per le funzioni e materie di cui all'articolo 5, comma 2 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 e all'articolo 4, comma 4 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5. La gestione delle rimanenti prestazioni sociali a rilevanza sanitaria può parimenti essere delegata all’azienda ULSS. Nelle materie delegate i comuni associati, negli ambiti territoriali di cui all’articolo 128, comma 4 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 stabiliscono le priorità d’intervento, conferiscono le relative risorse e verificano il conseguimento dei risultati di efficacia definiti con gli strumenti di programmazione locale.

5. La Giunta regionale entro novanta giorni dall’entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e la competente Commissione consiliare, determina uno schema tipo di bilancio di parte sociale delle aziende ULSS.

6. I comuni concorrono alla programmazione regionale con le modalità di cui alla legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 così come integrata da quanto previsto dalla presente legge.

7. I comuni associati negli ambiti territoriali di cui all’articolo 128, comma 4, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, al fine di realizzare una gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete, di concerto con le aziende unità locali socio-sanitarie, definiscono il piano di zona secondo quanto previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000 ed il programma delle attività territoriali di cui all’articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502/1992.

8. La conferenza dei sindaci individua, con riferimento al piano di zona, particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni per affrontare specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali.

**Art. 33 - Regione.**

1. La Regione esercita le funzioni di programmazione, coordinamento, verifica e controllo in materia di servizi sociali e promuove l'integrazione delle politiche sociali con quelle degli altri settori, tenuto conto delle indicazioni di cui all’articolo 8 della legge n. 328/2000.

2. La Regione destina risorse per incentivare la gestione in forma associata di funzioni e servizi sociali e socio-sanitari, nonché per le sperimentazione gestionali a valenza istituzionale.

**Art. 34 - Aziende unità locali socio sanitarie.**

1. Le aziende ULSS, ove delegate dai comuni, assicurano le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all’articolo 3 septies, comma 2, lettera b) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, secondo quanto previsto dal comma 4 dell’articolo 34 e nei limiti delle risorse finanziarie conferite dai comuni ai sensi della medesima disposizione, nonché le prestazioni sociosanitarie di cui al comma 2, lettera a) e commi 4 e 5 dell’articolo 3 septies del medesimo decreto legislativo. L’integrazione socio sanitaria e le più idonee modalità gestionali sono garantite anche attraverso accordi di programma alla definizione dei quali le aziende ULSS

e i comuni concorrono provvedendo alla ripartizioni dei relativi oneri sulla base delle conseguenti funzioni svolte.

2. Le ULSS assicurano altresì lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 132, comma 2, della legge regionale n. 11/2001.

**Art. 35 - Terzo settore.**

1. Sono soggetti del terzo settore:

a) le organizzazioni di volontariato;
b) le associazioni e gli enti di promozione sociale;
c) le cooperative sociali;
d) le fondazioni;
e) gli enti di patronato;

2. I soggetti di cui al comma 1 contribuiscono alla gestione ed offerta di servizi, nonché alla progettazione e realizzazione degli interventi.

**Art. 36 - Conferenza regionale del terzo settore.**

1. Il terzo settore partecipa alla progettazione e alla realizzazione degli interventi e dei servizi.

2. In attuazione del principio di sussidiarietà è istituita la Conferenza regionale del terzo settore, quale organismo consultivo per la realizzazione concertata degli interventi nel campo sociale. La Giunta regionale disciplina con proprio regolamento sentita la competente Commissione consiliare la composizione, la durata ed i compiti della Conferenza.

**Art. 37 - Rapporti con il volontariato le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale.**

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato, impegnate nella tutela del diritto alla salute, ed il servizio socio-sanitario e sociale veneto sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

2. Le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del servizio socio-sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

## *CAPO II – Strumenti della programmazione*

**Art. 38 - Piano di zona dei servizi alla persona.**

1. Il Piano di zona, di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000, è lo strumento fondamentale attraverso il quale i comuni, negli ambiti territoriali di cui all'articolo 34 comma 2, d'intesa con le ULSS e con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, definiscono il sistema integrato di interventi e servizi sociali, con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti e alle risorse da attivare.

2. Il piano di zona, fermo restando il piano generale attuativo triennale (ora piano attuativo locale) di cui all'articolo 3, commi 3 e 4 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, rappresenta lo strumento primario di attuazione della rete di servizi sociali e, tenuto conto dell'integrazione sociosanitaria, si configura come

piano dei servizi alla persona, e assume pertanto la denominazione di "piano di zona dei servizi alla persona".

3. Il piano di zona dei servizi alla persona riguarda i servizi sociali, all'interno del più generale quadro di politiche integrate in materia di interventi sociali, tutela della persona, istruzione, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi di tempo libero, trasporti e comunicazioni. Il piano di zona riguarda inoltre i servizi e le prestazioni socio-sanitarie di cui al comma 2 lettera a) e commi 4 e 5 dell'articolo 3 septies de decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

4. Il Piano di zona dei servizi alla persona è unico e coincide con l'ambito territoriale dell'ULSS.

5. Il PAT, di cui all'articolo 3 quater del decreto legislativo n. 502/1992, si raccorda con il sistema programmatorio territoriale del Piano di zona dei servizi alla persona.

6. Il Piano di zona dei servizi alla persona, che viene formulato tenendo conto dell'articolazione in distretti dell'ULSS, deve comprendere:

a) conoscenza, analisi e valutazione dei bisogni della popolazione;

b) individuazione, qualificazione e quantificazione delle risorse (istituzionali, organizzative umane e finanziarie) pubbliche, private, del terzo settore, disponibili e attivabili;

c) definizioni degli obiettivi e delle priorità cui finalizzare le risorse disponibili;

d) regolamentazione dei servizi e delle iniziative all'interno del territorio di competenza;

e) regolamentazione dei rapporti organizzativi ed economico-finanziari fra i diversi soggetti, quali accordi, deleghe, convenzioni e protocolli d'intesa.

7. Il Piano di zona dei servizi alla persona viene adottato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'ULSS coincida con quello del comuni, o dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, su iniziativa del Presidente della Conferenza stessa, sentiti gli enti pubblici interessati e i soggetti di cui all'articolo 37, qualora l'ambito territoriale sia sovracomunale.

8. Nel Piano di zona dei servizi alla persona sono contenuti gli indirizzi programmatici relativi agli aspetti di rilevanza sociale e socio-sanitaria per la formulazione del Piano attuativo locale dell'ULSS.

9. Il Sindaco o la conferenza dei sindaci approva il piano di zona dei servizi alla persona attraverso la forma dell'accordo di programma di cui all'articolo 34 del decreto legislativo n. 267/2000.

10. Al fine di assicurare l'unitarietà del processo programmatorio locale, l'ULSS recepisce il Piano di Zona dei servizi alla persona all'interno del PAL.

11. Il direttore di distretto, in sede di redazione del PAT, si attiene alle indicazioni del piano di zona dei servizi alla persona.

**Art. 39 - Vigilanza e controllo sull'adozione dei piani di zona dei servizi alla persona.**

1. La Giunta regionale, in caso di mancata definizione e presentazione, nei termini stabiliti dalla programmazione regionale, del piano di zona dei servizi alla persona agli uffici regionali, nomina un commissario ad acta.

2. La Giunta regionale, attraverso la valutazione dei piani di zona dei servizi alla persona, esprime parere di congruità in ordine alla loro corrispondenza con la programmazione regionale.

## *TITOLO VI - I livelli di assistenza*

### *CAPO I - I Livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale*

**Art. 40 - I Livelli essenziali di assistenza.**

1. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano. Tali livelli comprendono:

a) l'assistenza sanitaria collettiva e la promozione della salute in ambiente di vita e di lavoro;
b) l'assistenza primaria e socio-sanitaria;
c) l'assistenza ospedaliera;
d) l'assistenza sociale.

**Art. 41 - I Livelli essenziali di assistenza sanitaria.**

1. I Livelli di assistenza sanitaria assicurati sul territorio regionale sono:

a) le prestazioni di cui all'Allegato 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, come confermate nell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, con le esclusioni e i limiti di cui agli Allegati 2 e 3 del medesimo DPCM e alle relative deliberazioni attuative della Giunta regionale;
b) le prestazioni indicate nei Livelli assistenziali aggiuntivi definiti in sede regionale;
c) le prestazioni indicate nei Livelli assistenziali aggiuntivi definiti in sede locale.

**Art. 42 - Livelli essenziali delle prestazioni sociali.**

1. I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono individuati dalla Giunta regionale, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare, con riferimento ai seguenti criteri:

a) le risorse finanziarie definite nei piani di zona dei servizi alla persona;
b) gli standard di erogazione dei servizi sociali con riferimento ai bisogni della popolazione interessata, alle modificazioni epidemiologiche e all'aumento dei soggetti con patologie senili;
c) gli indicatori di esito e di benessere sociale individuati nel piano regionale degli interventi e dei servizi alla persona.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali garantiti sul territorio regionale, di cui all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328 e all'articolo 46, comma terzo, della legge 27 dicembre 2002, n. 289, in attesa della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, di attribuzione statale e in attuazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, sono individuati nel Piano quale sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire cittadinanza sociale e qualità di vita alle persone e alle famiglie, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli.

3. Le misure, gli interventi e le prestazioni per l'erogazione dei livelli essenziali sono in via prioritaria:

a) le misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito familiare;

b) le misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti, o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
c) le misure di sostegno alle responsabilità familiari;
d) le misure per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
e) le misure di tutela dei diritti del minore;
f) le misure di sostegno alla donna in difficoltà;
g) gli interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
h) le misure a favore del reinserimento lavorativo di persone con disagio sociale;
i) gli interventi destinati a persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio;
l) le prestazioni integrate per contrastare le dipendenze patologiche.

**Art. 43 - Principi e criteri dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.**

1. Con provvedimento della Giunta regionale, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare, è data attuazione al recepimento delle modificazioni ed integrazioni dei livelli essenziali di assistenza e sono determinati i principi e i criteri generali dei livelli assistenziali aggiuntivi regionali.

**Art. 44 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.**

1. I livelli essenziali di assistenza sanitaria, di cui all'articolo 43, sono finanziati con le risorse di cui all'articolo 1, comma 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e integrazioni, eventualmente integrate da misure di compartecipazione alla spesa.

**Art. 45 - Livelli assistenziali aggiuntivi regionali.**

1. I livelli assistenziali aggiuntivi regionali consistono in tipologie di assistenza, prestazioni e servizi non inclusi nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, ovvero in modalità organizzative e parametri strutturali maggiori rispetto a quelli assunti a base di calcolo del fabbisogno dal servizio sanitario nazionale. Costituiscono inoltre livelli assistenziali aggiuntivi regionali le maggiori prestazioni assicurate nei servizi socio-sanitari, i cui relativi oneri sono a carico del sistema socio sanitario regionale in misura superiore a quelli stabiliti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive integrazioni.

2. In fase di prima applicazione della presente legge, i livelli assistenziali aggiuntivi regionali sono quelli già individuati dai provvedimenti regionali vigenti, e sono finanziati con risorse poste a carico del bilancio regionale, integrate da eventuali misure di compartecipazione alla spesa.

3. I livelli assistenziali aggiuntivi regionali sono aggiornati annualmente con provvedimento della Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare.

**Art. 46 - Livelli assistenziali aggiuntivi locali.**

1. I livelli assistenziali aggiuntivi locali sono definiti in specifici programmi di attività relativi al servizi territoriali aggiuntivi o integrativi rispetto a quelli rogati a carico del fondo sanitario regionale.

2. Possono essere inclusi tra i livelli aggiuntivi di cui al comma 1:

a) l'informazione e la consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione di servizi e per promuovere iniziative di auto-mutuo aiuto;

b) i servizi ed interventi, finalizzati a fornire consulenza, ascolto, sostegno ed accoglienza a donne, anche con figli, minacciate o vittime di violenza fisica, sessuale, psicologica e di costrizione economica;

c) i servizi ed interventi volti a promuovere opportunità per adolescenti e giovani nei loro ambienti di vita, anche attraverso l'utilizzo di spazi di ascolto, aggregazione e socializzazione;

d) i servizi d'informazione, di ascolto ed orientamento sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e le risorse del sistema locale e sulle modalità di accesso.

3. Ai sensi dell'articolo 2, comma 2 sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, le ULSS locali e le aziende ospedaliere assicurano, nei limiti e con le modalità fissate dalla presente legge, le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza locali, che possono essere finanziati dai comuni, a carico dei propri bilanci, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera l) della legge 30 novembre 1998, n. 419.

4. I programmi di attività devono indicare i costi che i comuni si impegnano a coprire con risorse finanziarie proprie e sono adottati con le modalità previste dall'articolo 5, comma 7, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modifiche ed integrazioni.

**Art. 47 - Esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.**

1. Ad integrazione delle forme e delle modalità di compartecipazione alla spesa sanitaria previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente, la Giunta regionale può disciplinare forme di esclusione dalla partecipazione alla spesa per patologia o per reddito.

2. La Giunta regionale, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria, con propria deliberazione, individua criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche, in armonia con quanto disposto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109.

## *TITOLO VII - Riparto risorse del Servizio sanitario regionale e fondo aree montane e lagunari*

### *CAPO I- Riparto risorse del servizio sanitario e sociale regionale*

**Art. 48 - Criteri e procedure per l'impiego di risorse sanitarie e per la relativa ripartizione.**

1. Con deliberazione della Giunta regionale, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare, entro centoventi giorni dall'entrata in

vigore della presente legge, sono individuati i criteri di ripartizione delle risorse destinate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza di cui agli articoli 40, 41 e 45.

2. Con apposita deliberazione la Giunta regionale provvede successivamente all'assegnazione delle risorse sulla base dei criteri individuati.

3. L'eventuale provvedimento di modifica dei criteri di cui al comma 1, è effettuato entro il mese di ottobre dell'anno precedente al periodo di riferimento con la medesima procedura.

4. Il riparto dei fondi assegnati alla Regione deve includere tutte le somme, ivi comprese quelle destinate a progetti speciali e agli accantonamenti.

**Art. 49 - Criteri e procedure per l'impiego di risorse sociali e per la relativa ripartizione.**

1. Con deliberazione della Giunta regionale, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare, sono ripartite le risorse destinate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza di cui agli articoli 42, 59 e 73.

2. Il fondo regionale istituito ai sensi dell'articolo 133, commi 1 e 2, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 viene ripartito dalla Giunta regionale, in attuazione delle disposizioni contenute nel bilancio di previsione regionale secondo i seguenti criteri:

a) finanziamento di funzioni sociali ai sensi dell'articolo 130, comma 1, della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 svolte dagli enti locali relative all'assistenza ai minori, adulti ed anziani compresi gli assegni di cura, su finanziamento procapite; il finanziamento di cui alla presente lettera a) consentirà alle amministrazioni comunali di attuare i livelli essenziali di assistenza sociale regionale, non quelli aggiuntivi locali;

b) finanziamento di funzioni socio-educative svolte dagli enti locali rivolte ai minori e famiglie (ex legge n. 285/1997) su finanziamento procapite;

c) finanziamento di servizi per la prima infanzia e per l'infanzia realizzati dagli enti locali direttamente, in convenzione, o disciplinati da accordi di programma, su servizi attivati e riconosciuti ai sensi della legge regionale 23 aprile 1990, n. 32;

d) finanziamento di funzioni socio-sanitarie svolte dall'ULSS ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 su finanziamento procapite;

e) finanziamento di iniziative di interesse regionale svolte direttamente. Tale finanziamento non può essere superiore al 10 per cento del fondo regionale e deve prevedere iniziative di monitoraggio e valutazione di efficacia degli interventi svolti dagli enti locali e dalle ULSS, ed attività progettuali di ricerca e formazione.

## *CAPO II – Aree montane e lagunari*

**Art. 50 - Fondo sanitario regionale zone lagunari, aree di montagna e di confine.**

1. Nelle zone lagunari, nelle aree di montagna e di confine, la Giunta regionale assegna alle aziende ULSS operanti nei comuni interessati finanziamenti regionali aggiuntivi a copertura dei maggiori costi strutturali. A tale

scopo, le quote di finanziamento pro-capite sono incrementate del 25 per cento secondo criteri che tengono conto del contesto di dispersione territoriale della popolazione, della sua composizione per classi di età nonché della rete degli stabilimenti ospedalieri e dei servizi distrettuali presenti nel territorio. La congruità del differenziale accordato in sede di bilancio preventivo va verificata, secondo indicatori di efficienza ed efficacia, anche in sede di consuntivo.

2. Nelle more dell'entrata in vigore del nuovo piano regionale sanitario e socio sanitario 2007 – 2009 la Giunta regionale promuove accordi di programma per progetti-obiettivo fra i comuni montani e tra i comuni delle aree di confine, nonché tra i comuni di zone lagunari e le rispettive aziende ULSS, aventi lo scopo di assicurare ai cittadini residenti strumenti in grado di rimuovere le situazioni di svantaggio nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociale, con particolare riferimento allo sviluppo della telemedicina e dell'informatica medica.

## *TITOLO VIII - Continuità assistenziale - casa della salute - UTAP*

### *CAPO I - Continuità assistenziale*

**Art. 51 - Finalità.**

1. La Regione, al fine di rendere effettivo il diritto alla salute e di realizzare la continuità assistenziale dall'Ospedale al proprio domicilio, nonché promuovere la crescita del sistema delle cure primarie avvia, nell'ambito dei distretti, la costruzione delle case della salute e l'attivazione al loro interno delle unità territoriali assistenza primaria (UTAP).

**Art. 52 - Continuità assistenziale.**

1. La "continuità assistenziale" è costituita dalle modalità di integrazione tra momenti e livelli di assistenza anche sulla base di protocolli locali e comprende:

a) la continuità assistenziale di attesa, nella quale il sistema assicura al paziente la presenza, lungo tutto l'arco della giornata, dei sistemi di allerta e di intervento;

b) la continuità assistenziale di trattamento, nella quale il sistema assicura al paziente la successione dei trattamenti richiesti dalla sua condizione nei tempi previsti da protocolli scientificamente validati;

c) la continuità assistenziale di presa in carico, nella quale il sistema assicura al paziente un circuito assistenziale che lo segue in modo attivo con le valutazioni, i trattamenti e il supporto necessari alla gestione quotidiana della malattia e comunque della situazione di bisogno e di disagio personale o familiare.

### *CAPO II - Case della salute - UTAP - ospedali di comunità*

**Art. 53 - Casa della salute.**

1. La Casa della salute è struttura polivalente e funzionale che eroga l'insieme delle cure primarie e garantisce la continuità assistenziale con l'ospedale e le attività di prevenzione.

2. La Casa della salute è un insieme di attività organizzate, in aree specifiche di intervento integrate fra loro in cui si realizza la presa in carico del paziente per tutte le attività socio-sanitarie che lo riguardano, includendo tra le varie attività la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, l'educazione sanitaria

e le corrette pratiche di autogestione delle malattie croniche, l'assistenza domiciliare delle cure a forte integrazione multidisciplinare.

3. Nelle case della salute devono poter essere effettuati accertamenti diagnostico-strumentali di base sette giorni su sette e per almeno dodici ore al giorno. In esse deve trovare implementazione la gestione informatizzata di tutti i dati sanitari/sociali e devono essere attivate le procedure di teleconsulto e di telemedicina che consentono una diagnosi specialistica di secondo livello.

4. Nelle case della salute le attività sono organizzate unitariamente dal personale del distretto tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale, dai medici di base con il loro studio associato e dagli specialisti ambulatoriali.

**Art. 54 - Attuazione programma costruzione case della salute.**

1. La Giunta regionale entro centoventi dall'entrata in vigore della presente legge presenta al Consiglio regionale per l'approvazione il programma di avvio della costruzione delle case della salute nel Veneto.

**Art. 55 - Unità territoriali assistenza primaria (UTAP).**

1. Le UTAP sono situate nelle case della salute o in altre sedi distrettuali in cui si attua l'assistenza territoriale e sono composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e medici e pediatri ambulatoriali interni, al fine di garantire assistenza ventiquattro ore su ventiquattro; le UTAP operano come rete integrata all'interno del dipartimento cure primarie.

**Art. 56 - Valorizzazione medicina convenzionata.**

1. Nelle case della salute e nelle UTAP si realizza la valorizzazione del rapporto della medicina convenzionata con l'azienda ULSS e con il distretto socio-sanitario attraverso la partecipazione e il coinvolgimento nel governo clinico del territorio.

2. Alle Unità è preposto un medico di medicina generale, al quale spetta il coordinamento dell'attività dei medici alle medesime assegnati, la garanzia di orientamento e tutoraggio per il cittadino, attraverso il medico di fiducia o il pediatra di libera scelta, per l'intero arco del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale del suo assistito, il raccordo e il collegamento con i presidi ospedalieri, le strutture per lungodegenti, quelle dedicate alla assistenza palliativa e di riabilitazione presenti nel territorio di riferimento. Il medico coordinatore dell'Unità di medicina generale permane nell'incarico per un biennio, rinnovabile per una sola volta. Le Unità sono costituite da un congruo numero di medici, in relazione all'ambito territoriale e demografico di riferimento, assicurando, mediante idonea turnazione e complementarietà degli orari, l'assistenza ambulatoriale in tutti i giorni della settimana nell'arco delle dodici ore diurne e l'assistenza domiciliare ininterrotta, diurna e notturna.

3. Nelle Unità deve essere prevista la presenza sia di medici specialisti pediatri di libera scelta incaricati, sia di medici specialisti pediatri iscritti negli elenchi dell'azienda sanitaria ma privi di incarico.

4. I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta possono svolgere attività professionale, oltre che nelle rispettive Unità di base, anche in

propri studi professionali, compatibilmente con l'impegno assunto nell'ambito delle stesse Unità.

**Art. 57 - Piani istituzione UTAP.**

1. I direttori generali presentano alla Giunta regionale le proposte di istituzione delle UTAP entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge; in ogni azienda ULSS devono essere previste almeno tre UTAP.

## *TITOLO IX - Progetti obiettivo*

### *CAPO I - Progetto infanzia e adolescenza*

**Art. 58 - Finalità.**

1. Al fine di favorire la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza secondo i principi della convenzione Internazionale di New York sui diritti del fanciullo, ratificata in Italia con legge 27 maggio 1991, n. 176 e in attuazione della legge 28 agosto 1997, n. 285, la Regione Veneto promuove progetti e programmi di intervento che assicurano servizi, azioni e opportunità e che concorrono allo sviluppo ed alla valorizzazione della personalità dei minori.

2. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva un PAT per l'infanzia e l'adolescenza con lo scopo di promuovere:

a) la cultura e i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;

b) i luoghi e gli strumenti che favoriscono la socializzazione;

c) gli strumenti urbanistici che prevedono spazi e servizi e che facilitano l'aggregazione (centri sportivi, centri culturali, spazi ludici, ecc.);

d) il finanziamento dei servizi innovativi per l'infanzia realizzati dai comuni singoli o associati e che adottano tipologie e orari flessibili;

e) azioni positive per favorire la relazione tra genitori, figli, scuola e territorio e per combattere forme di disagio e di devianza;

f) specifiche azioni positive per l'integrazione dei bambini e adolescenti portatori di handicap e per favorire l'inserimento dei bambini stranieri.

**Art. 59 - Fondo regionale.**

1. Per le finalità di cui all'articolo 61 è istituito il fondo regionale per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza ad integrazione delle quote del fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza che verranno assegnate con Decreto del Ministro per la solidarietà sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 3 della legge 28 agosto 1997, n. 285.

2. Le somme da impiegare per azioni, progetti, iniziative e interventi per l'infanzia e l'adolescenza confluiscono nel fondo regionale di cui al comma 1.

**Art. 60 - Procedure.**

1. La Giunta regionale d'intesa con le rappresentanze delle autonomie locali definisce ogni tre anni gli ambiti territoriali di intervento, così come indicato all'articolo 2 della legge 28 agosto 1997, n. 285.

2. Sono ammessi ai contributi regionali i progetti e le azioni proposte dagli enti locali singoli o associati; e sono ritenuti di interesse prioritario i progetti e le azioni che, mediante specifici accordi di programma previsti dal decreto legislativo n. 267/2000 "Testo Unico degli Enti Locali" privilegiano la

partecipazione dei cittadini e delle istituzioni, la valorizzazione delle risorse sociali e la cooperazione tra amministrazioni.

3. La Giunta regionale provvede annualmente a ripartire le risorse disponibili a favore dei soggetti attuatori degli interventi di cui alla presente legge, sentita la Commissione consiliare competente, e prevede anche la riassegnazione delle risorse in caso di mancato impiego e di attuazione dei progetti finanziati.

4. Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge con deliberazione della Giunta regionale sono approvate le procedure per l'accesso e l'erogazione dei finanziamenti, nonché le modalità per la verifica dello stato di attuazione degli interventi e dell'andamento delle spese, nonché il controllo dell'efficacia, efficienza ed economicità degli interventi in relazione ai risultati conseguiti.

## *CAPO II – Progetto anziani*

**Art. 61 - Finalità.**

1. La Regione del Veneto persegue nelle politiche sociali i seguenti obiettivi:

a) riduzione delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, socio-sanitari e sociali dei cittadini non autosufficienti;

b) riabilitazione e reinserimento sociale dei destinatari di singoli interventi;

c) flessibilità e adattabilità dei servizi alle esigenze dei destinatari ed agli obiettivi del Piano sanitario, socio-sanitario e sociale regionale.

**Art. 62 - Strutture e servizi residenziali per non autosufficienti.**

1. I servizi residenziali per non autosufficienti sono:

a) la residenza sanitaria assistenziale;

b) la comunità abitativa protetta.

2. La residenza sanitaria assistenziale (RSA) è un servizio residenziale di accoglienza che eroga in forma integrata assistenza sanitaria e sociale ad anziani non autosufficienti affetti da patologie in fase non acuta.

3. La comunità abitativa protetta è un servizio residenziale che eroga in forma integrata assistenza sanitaria e sociale ad anziani non autosufficienti a minor fabbisogno tutelare in idonee abitazioni collettive di capienza non superiore a dieci utenti, gestite in rete da strutture maggiori a fini di economicità di scala.

**Art. 63 - Servizi di assistenza aperta.**

1. I servizi di assistenza aperta sono:

a) il centro di iniziativa sociale anziani (CISA);

b) l'assistenza domiciliare integrata (ADI);

c) i sostegni economici, costituiti da indennità di cura, di assistenza e di sostegno al reddito della famiglia che assume compiti di accoglienza e di cura della persona non autosuffciente.

2. Il CISA è un servizio di norma autogestito e finanziato da enti pubblici solo in ragione di singole iniziative di interesse pubblico. Il CISA è sede di azioni positive per l'aggregazione sociale degli anziani, la ricerca e la pubblicizzazione di occasioni di lavoro a tempo parziale, la promozione della educazione all'invecchiamento, la crescita culturale del tessuto sociale relativo ai problemi della terza età.

3. L’ADI è un servizio diretto ad anziani non autosufficienti a domicilio, da erogarsi con le modalità di cui all’articolo 69.

**Art. 64 - Strutture residenziali per anziani non autosufficienti.**

1. Le strutture residenziali per anziani non autosufficienti, siano esse pubbliche o private non profit o commerciali, sono denominate residenze sanitarie assistenziali ed assoggettate alle disposizioni della presente legge per l’autorizzazione al funzionamento e l’ammissione a specifiche provvidenze regionali a qualsiasi titolo erogate o da erogare.

2. Rientrano nella disciplina di cui alla presente legge anche i nuclei di RSA ricompresi in strutture residenziali che si occupano di diversa tipologia di utenza.

3. Le residenze sanitarie assistenziali sono classificate nelle seguenti tipologie:

a) RSA a rilievo riabilitativo, dirette alla riabilitazione ed al recupero funzionale di soggetti anziani in condizione di disabilità temporanea connessa a patologie in fase post-acuta, ad eventi traumatici riferibili al gruppo familiare o sociale che influenzano significativamente la sfera delle funzioni o ad altro evento comunque suscettibile di revisione, parziale o totale, mediante trattamenti intensivi;

b) RSA a rilievo riabilitativo-mentale, dirette alla riabilitazione ed al recupero funzionale di soggetti anziani affetti da forme di demenza che richiedono un nursing infermieristico ed assistenziale ad alto livello di protezione;

c) RSA di mantenimento, per la assistenza e cura di anziani non autosufficienti stabilizzati, la cui condizione di disabilità sia incompatibile, per motivi individuali, familiari o sociali, con la vita autonoma fuori dalla istituzione.

4. Rientrano nella categoria delle RSA a rilievo riabilitativo anche le strutture-costituite o da costituirsi a livello di ciascuna ULSS per funzioni di astanteria riabilitativa, con il compito di:

a) interporre tra la vita autonoma ed il ricovero definitivo in RSA di mantenimento un ricovero ad elevata intensità riabilitativa-riattiva, di norma per durata non superiore a tre mesi, finalizzato al recupero del potenziale residuo ed alla scelta della collocazione residenziale idonea tra quelle disponibili;

b) impostare il piano di assistenza individuale da affidare alla RSA ricevente per la prosecuzione della assistenza;

c) esplorare le strade possibili per evitare il ricovero definitivo e perseguire la restituzione al domicilio dell’utente anziano.

5. La Giunta regionale, d’intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare determina con Piano triennale il fabbisogno minimo di posti letto in RSA per ciascun ambito territoriale di azienda ULSS. La Giunta regionale determina, sentita la competente Commissione consiliare, gli standard strutturali ed organizzativi delle RSA e provvede al periodico aggiornamento dei medesimi, nel rispetto dei seguenti vincoli:

a) eliminazione o derogabilità di standard strutturali incongruenti con la tipologia di utenti accolti;

b) tassatività degli standard organizzativi riferiti al personale;

c) derogabilità dagli standard strutturali, senza limiti di percentuale, per le strutture già autorizzate ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge, purché venga concordato un piano pluriennale e di adeguamento e fintantoché tale Piano venga progressivamente ed effettivamente attuato;

d) maggiore dotazione di personale riabilitativo per le RSA a rilievo riabilitativo, con inclusione obbligatoria nella équipe curante delle professionalità di psicologo-psicoterapeuta, terapista della riabilitazione, terapista occupazionale;
e) organizzazione dell'assistenza medica, comunque effettuata, nelle ore del mattino e per sei giorni alla settimana, con turni di guardia nelle ore pomeridiane e turni di reperibilità nei giorni festivi e al pomeriggio del pre-festivo;
f) organizzazione dell'assistenza infermieristica, con vincolo di turnazione nelle ventiquattrore quanto meno in un punto di guardia;
g) obbligo di tenuta della cartella clinica individuale e della cartella nursing infermieristico, quali documenti a valore medico-legale.

6. Alle aziende ULSS nel cui territorio risiede la struttura di accoglienza è demandata la vigilanza sul costante rispetto degli standard e della qualità della assistenza. A tal fine l'azienda ULSS si avvale di ogni strumento utile, con libertà di forma. Il rifiuto opposto alla azione di vigilanza o la grave violazione di vincoli e prescrizioni derivanti da norme regionali, accertate in contraddittorio, comportano la decadenza della autorizzazione al funzionamento su proposta della azienda ULSS competente per territorio e con decisione della Giunta regionale.

7. Per quanto non previsto dalla presente legge ai fini dell'autorizzazione al funzionamento e dell'accreditamento si applica la legge regionale 16 agosto 2002, n. 22.

**Art. 65 - Spese sanitarie nelle RSA per anziani e disabili.**

1. La Regione assume l'obiettivo di accollo integrale delle spese sanitarie nelle RSA per anziani e disabili, includendo i servizi erogati nelle RSA tra i livelli essenziali di assistenza regionali.

2. Sono classificate quali spese sanitarie nelle RSA, nei limiti degli standard organizzativi regionali, gli oneri relativi a:
a) assistenza medica di base erogata direttamente dalla azienda ULSS competente per territorio mediante l'utilizzo di personale dipendente o convenzionato con il servizio sanitario nazionale;
b) assistenza geriatrica unificata con l'assistenza medica di base ovvero sotto forma di supervisione clinica nei casi previsti dalla presente legge;
c) assistenza infermieristica;
d) assistenza di base, erogata da personale di assistenza in possesso del titolo biennale di formazione;
e) assistenza farmaceutica, erogata direttamente dalla ULSS competente per territorio, con riferimento a farmaci e presidi sanitari;
f) presidi per l'incontinenza, acquisiti di norma direttamente dal soggetto gestore nei limiti di spesa ammessa da standard regionale, salva diversa e più economica forma di acquisizione;
g) assistenza riabilitativa, erogata mediante terapisti della riabilitazione, logopedisti, terapisti occupazionali ed educatori-animatori dipendenti o convenzionati con il soggetto gestore;
h) assistenza psicologica e sociale, erogata mediante assistenti sociali e psicologi psicoterapeuti abilitati, dipendenti o convenzionati con il soggetto gestore;
i) assistenza specialistica e diagnostica erogata direttamente dalla azienda ULSS attraverso i suoi servizi ospedalieri e territoriali, con adeguati criteri di priorità d'accesso;

l) assistenza specialistica di fisiatria, psichiatria e ginecologia erogata in loco dalla azienda ULSS competente per territorio mediante accessi programmati.

3. Il soggetto gestore è vincolato alla tenuta di apposita contabilità per le spese sanitarie, separata da quella relativa alle spese di carattere alberghiero o esclusivamente sociali. Il concorso della Regione, ad integrale rifusione, a regime, delle spese sanitarie avviene mediante assunzione della quota relativa della retta di degenza, in ragione delle presenze autorizzate ed effettivamente realizzatesi. Le quote di spesa sanitaria non possono esser fatte gravare sull'utente, neanche a titolo di acconto.

4. La Giunta regionale assegna alle aziende ULSS i finanziamenti necessari al rimborso delle spese sanitarie in RSA secondo i seguenti parametri:

a) livello medio di spesa specifica in ambito regionale ed individuazione dello standard di riferimento;

b) adeguata valutazione delle specificità locali, riferibili alle variabili demografiche, geomorfologiche e sociali di ciascuna azienda ULSS, nonché allo stato complessivo dei servizi sociosanitari per anziani.

5. In sede di redazione del Piano di zona, le conferenze dei sindaci, di propria iniziativa ovvero su proposta della direzione generale della azienda ULSS, possono attivare un programma di riconversione delle risorse di cui al comma 4 che procede dalla assistenza sanitaria in RSA alla assistenza infermieristica in ADI o in spedalizzazione a domicilio. Tale riconversione, se approvata, deve essere preceduta da negoziazione con i soggetti gestori di RSA per le quote di riduzione eventualmente eccedenti il cinque per cento del finanziamento erogato nell'esercizio precedente. La negoziazione è finalizzata alla garanzia per i singoli utenti della prosecuzione dei trattamenti sino alla loro naturale conclusione, nonché alla riqualificazione ed al reimpiego in assistenza domiciliare del personale di assistenza dell'ente gestore che risultasse eccedente e non riassorbibile con i meccanismi di turn-over.

**Art. 66 - Assistenza domiciliare integrata e spedalizzazione a domicilio (SD).**

1. L'assistenza domiciliare integrata (ADI) e la spedalizzazione a domicilio (SD) costituiscono una sola attività obbligatoria inclusa nel livello uniforme di assistenza sanitaria di base e gestita dal distretto socio sanitario.

2. L'ADI si compone di prestazioni sanitarie e di rilievo sanitario erogate al domicilio dell'utente anziano non autosufficiente a titolo gratuito e di prestazioni socio-assistenziali erogate contro corrispettivo a carico dell'utente o dei soggetti civilmente obbligati, salva assunzione d'oneri da parte del comuni di residenza dell'utente interessato.

3. Costituiscono prestazioni sanitarie e di rilievo sanitario tutte le prestazioni normalmente attingibili in regime ambulatoriale o di ricovero in struttura sanitaria, per le quali la domiciliarità sia resa necessaria dall'impossibilità di deambulare anche con aiuto, ovvero di ricorrere al trasporto assistito, ovvero da contro indicazioni di natura clinica debitamente certificate dal Medico di medicina generale (MMG).

4. Rientrano tra le prestazioni di rilievo sanitario anche la cura dell'igiene personale se connessa ad altro trattamento infermieristico nonché le prestazioni di rilievo sanitario, la fornitura di farmaci e presidi sanitari assicurati dalla struttura pubblica competente in equiparazione al trattamento in regime di ricovero ospedaliero.

5. Costituisce prestazione socio-assistenziale in ADI ogni servizio di carattere alberghiero, quali l'aiuto domestico, il segretariato sociale, l'accompagnamento, purché connesso con un piano di assistenza individualizzato.

6. La SD viene attivata in presenza di stati morbosi acuti o riacutizzati di pazienti anziani non autosufficienti, di norma assistibili in regime di ricovero ospedaliero, per i quali la domiciliarità della prestazione sia resa possibile dalla presenza effettiva di una rete familiare o sociale di sostegno e sia consigliata sul piano clinico da obiettivi di mantenimento delle capacità residue.

7. Tutte le prestazioni in SD sono poste a carico del servizio sanitario nazionale nei limiti e con le modalità dei ricoveri ospedalieri ordinari e sono erogate senza limiti di durata per i pazienti in fase terminale.

8. L'ingresso in ADI avviene su proposta del MMG, anche laddove la prima segnalazione o richiesta provenga dai servizi sociali del comuni o della azienda ULSS, ovvero dall'utente e dai suoi familiari. La proposta del MMG viene esaminata in prima istanza entro ventiquattro ore dalla sua presentazione dal responsabile dell'ADI di distretto, che valuta le condizioni di urgenza e decide, se richiesto e se necessario, l'attivazione provvisoria del servizio.

9. Entro i tre giorni successivi la proposta, corredata da eventuale rapporto di osservazione se è stato attivato l'intervento urgente, viene valutata dalla unità valutativa multidimensionale distrettuale (UVMD), che fissa il Piano di assistenza personalizzato e individua, tra il personale di assistenza, il responsabile dell'intervento.

10. Le aziende ULSS organizzano il Servizio di ADI, anche con struttura sovradistrettuale, utilizzando personale dipendente o convenzionato, sino a concorrenza di un tetto massimo di prestazioni annue fissato dalla Giunta regionale e ripartito, in sede aziendale, tra i distretti socio sanitari.

11. I comuni erogano le prestazioni socio-assistenziali in ADI attraverso personale dipendente o convenzionato, ovvero avvalendosi del personale dell'azienda ULSS, rifondendone gli oneri.

12. La Regione individua le modalità di incentivazione della gestione in forma associata delle prestazioni socio-assistenziali in ADI da parte dei comuni attraverso le aziende ULSS.

13. Il passaggio dall'ADI alla SD, ovvero l'ingresso diretto in SD, avviene su proposta di ricovero del MMG, approvata dalla UVMD.

14. Il programma di SD viene redatto dalla competente unità operativa autonoma ospedaliera, che assume la super visione clinica specialistica sul caso e si avvale del MMG per le attività mediche di base.

15. Il programma di SD può prevedere, se necessario, l'impiego diretto di attrezzature e personale medico ed infermieristico ospedaliero. Le SD rientrano per le finalità statistiche e di controllo di gestione tra le attività e nel budget delle unità operative ospedaliere coinvolte.

## *CAPO III - Azioni positive e politiche per le famiglie*

### Art. 67 - Principi e finalità.

1. La Regione Veneto con riferimento agli articoli 2, 3, 29, 30, 31, 37, 38 e 47 della Costituzione e all'articolo 4 del proprio Statuto e alla Risoluzione della Conferenza mondiale delle donne di Pechino:

a) riconosce il valore delle famiglie e di altre stabili forme di convivenza quale ambito relazionale primario e luogo di esercizio di responsabilità di cura e di solidarietà tra le generazioni e promuove e realizza azioni positive di sostegno alle loro scelte di maternità e paternità e agli impegni di cura;
b) considera le famiglie e altre stabili forme di convivenza soggetti attivi delle politiche sociali, tenendo conto dei diritti di autonomia di ciascuno dei suoi membri e in particolare dei diritti dei minori, della parità tra i sessi e dell'aspirazione delle donne a realizzarsi pienamente nella società;
c) adotta criteri tesi a garantire il coordinamento, l'integrazione e l'unitarietà della propria azione nel rispetto del principio di sussidiarietà, anche prevedendo apposite convenzioni con l'associazionismo, il volontariato e il terzo settore.

**Art. 68 - Piano Triennale di programmazione per le politiche di sostegno familiare.**

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta, d'intesa con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e sentita la competente Commissione consiliare, adotta il Piano triennale di programmazione delle azioni positive per le politiche di sostegno familiare con l'indicazione dei progetti - obiettivo da finanziare e perseguire prioritariamente nel triennio.

2. Il Piano di cui al comma 1 ai fini dell'attuazione dei progetti-obiettivo deve contenere linee di indirizzo programmatico rivolte agli enti locali, alle aziende sanitarie e di servizi, agli Enti convenzionati nonché i seguenti criteri:
a) criteri generali di valutazione delle azioni positive;
b) criteri generali in materia di tariffe, di organizzazione dei servizi, di politiche dell'abitazione, per la valorizzazione e la socializzazione del lavoro domestico e di cura, per le azioni positive a favore della procreazione libera e responsabile e per le famiglie immigrate.

3. Gli enti locali, le aziende ULSS, le aziende di servizi, gli enti convenzionati, i soggetti del terzo settore e le Istituzioni scolastiche concorrono alla formazione del Piano triennale mediante la presentazione di progetti per le politiche di sostegno familiare.

4. La Giunta regionale presenta al Consiglio regionale entro il mese di febbraio di ogni anno una relazione sullo stato di attuazione del Piano triennale.

**Art. 69 - Criteri per le azioni positive a favore della procreazione libera e responsabile.**

1. La Regione:
a) con riferimento alle leggi nazionali e regionali vigenti e agli strumenti di programmazione socio-sanitaria, promuove iniziative e progetti finalizzati all'informazione sui temi della sessualità e al sostegno della procreazione responsabile e ne verifica l'attuazione;
b) al fine di prevenire e rimuovere le cause che impediscono la realizzazione della volontà di procreare, promuove e incentiva la ricerca, lo sviluppo e la qualificazione degli interventi delle ULSS finalizzate alla cura della sterilità, alla diagnosi prenatale, alla prevenzione di malattie genetiche, malformazioni, infezioni materne in gravidanza;
c) promuove e potenzia nel territorio regionale la presenza di consultori pubblici e privati convenzionati affinché garantiscano l'informazione sui diritti spettanti in

base alle norme vigenti in materia di tutela della maternità, della lavoratrice-madre e della parità uomo-donna;
d) promuove interventi e piani d'azione volti a prevenire fenomeni di violenza in famiglia e ad aiutare i soggetti, in particolare minori e le donne, che subiscono violenze o maltrattamenti.

2. La Giunta regionale trasmette ogni anno al Consiglio regionale una relazione ricognitiva sull'attività dei consultori attivi nella Regione.

**Art. 70 - Criteri per le azioni positive nel campo del privato sociale.**

1. La Regione:
a) promuove e sostiene le forme di solidarietà sociale e di mutuo aiuto finalizzate a integrare le funzioni svolte dalle famiglie o dalla parentela;
b) favorisce e sostiene, in campo associativo, cooperativistico e societario forme di autoorganizzazione e di imprenditorialità volte a soddisfare le esigenze e le finalità di cui alla presente legge;
c) sostiene le forme di mutualità integrativa finalizzate alla formazione, all'accesso al lavoro, ad affrontare particolari esigenze di salute o stati di temporanea invalidità.

**Art. 71 - Criteri per le azioni positive per le famiglie immigrate.**

1. La Regione assicura supporti tecnici ed economici per la realizzazione da parte degli enti locali, delle aziende ULSS e delle Istituzioni scolastiche di progetti obiettivo finalizzati al sostegno di famiglie di immigrati, con particolare riguardo alla procreazione responsabile, alla tutela della gravidanza e della nascita, della cura e della educazione dei figli, in un'ottica di promozione della salute e di integrazione sociale.

## *TITOLO X - Fondo per la non autosufficienza*

### *CAPO I - Istituzione del Fondo*

**Art. 72 - Fondo e definizione "non autosufficienza".**

1. Nel rispetto dei principi dello Statuto della Regione Veneto ed in attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", è istituito il "Fondo per il sostegno delle persone non autosufficienti", di seguito denominato "Fondo", al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema universalistico di protezione sociale e di assistenza.

2. Ai fini della presente legge sono considerate non autosufficienti le persone anziane o disabili che per una minorazione singola o plurima, hanno subito una riduzione dell'autonomia personale in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione.

3. I livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali per le persone non autosufficienti e i relativi parametri sono definiti, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge con delibera della Giunta regionale sottoposta a parere della competente Commissione consiliare, nonché al parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

4. Le prestazioni per le persone non autosufficienti non sono sostitutive, bensì integrative di quelle sanitarie o di rilievo sanitario e sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

**Art. 73 - Finalità del fondo.**

1. Ferme restando le competenze e gli oneri a carico del Servizio sanitario regionale in materia di prevenzione, di cura e di riabilitazione delle patologie acute e croniche da cui può derivare una condizione di non autosufficienza permanente, il Fondo è destinato alle seguenti finalità:

a) potenziare la rete dei servizi ed erogare le prestazioni assistenziali attraverso la realizzazione di progetti individuali per le persone non autosufficienti, ai sensi degli articoli 14 e 15 della legge 8 novembre 2000, n. 328;

b) erogare titoli per la fruizione di prestazioni sociali ed assegni di cura commisurati alla gravità del bisogno, nell'ambito di quanto stabilito nel programma di assistenza definito in sede distrettuale, allo scopo di garantire assistenza e sostegno ai soggetti non autosufficienti e migliorare la vita di relazione;

c) erogare le risorse necessarie al pagamento della quota sociale a carico dell'utente, in caso di accoglimento in RSA o in strutture similari, anche a carattere diurno;

d) sviluppare iniziative di solidarietà, anche con l'intervento delle organizzazioni del terzo settore (associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.) a favore delle famiglie nel cui ambito sono presenti persone non autosufficienti, finalizzate ad agevolare il loro mantenimento nell'ambito familiare.

**Art. 74 - Funzionamento del Fondo.**

1. Entro il 31 dicembre di ogni anno, la Giunta regionale con propria deliberazione, sentita la competente Commissione consiliare e la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, provvede alla ripartizione del Fondo a favore dei comuni sulla base di indicatori stabiliti con il medesimo provvedimento riferiti alla presenza accertata di persone non autosufficienti tra la popolazione di riferimento.

2. Entro tre mesi dall’entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare e la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, con apposito provvedimento determina:

a) i criteri per l'individuazione e l'accertamento della non autosufficienza, anche avvalendosi della consulenza di società scientifiche;

b) le modalità di gestione del Fondo, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni economiche e di natura assistenziale;

c) le modalità e le procedure attraverso le quali, nell'ambito del distretto socio-sanitario, devono essere valutati il bisogno assistenziale e le prestazioni da erogare a favore della persona non autosufficiente, nel rispetto del principio della universalità nell’accesso;

d) le modalità di controllo e di verifica della qualità delle prestazioni erogate, della loro congruità rispetto ai bisogni ed alle spese sostenute dalle famiglie, nel rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni socio-assistenziali di cui al comma 3 dell'articolo 75.

**Art. 75 - Dotazione del fondo.**

1. Costituiscono fonti di finanziamento del fondo le seguenti risorse:

a) fondo sociale regionale;
b) fondo sanitario regionale;
c) risorse statali finalizzate;
d) risorse regionali provenienti dalla fiscalità generale e regionale;
e) eventuali risorse provenienti da altri soggetti.

## *TITOLO XI - Normativa transitoria*

### *CAPO I - Norme transitorie*

**Art. 76 - Accesso alla finanza di progetto.**

1. La Giunta regionale entro cento venti giorni dall'entrata in vigore della presente legge approva, sentita la competente Commissione consiliare, uno specifico regolamento che disciplina l'accesso alla finanza di progetto da parte delle aziende ULSS, delle aziende ospedaliere e degli enti di gestione delle Residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili, per la costruzione o ristrutturazione di strutture sanitarie e socio-sanitarie.

2. Il regolamento di cui al comma 1 oltre a quanto previsto dalla legge sugli appalti di opere pubbliche disciplina:

a) le prescrizioni che regolano il rapporto con il soggetto promotore;
b) le modalità di accertamento della convenienza economica dell'accesso alla finanza di progetto rispetto alla procedura tradizionale di indebitamento mediante assunzione di mutuo bancario;
c) le modalità di recesso dalla gestione dei servizi sanitari e informatici in seguito a innovazioni mediche e tecnologiche;
d) le modalità di valutazione tecnico-gestionale della proposta di finanza di progetto da parte di una commissione composta di esperti in materia medica, impiantistica, gestionale e di economia sanitaria;
e) le modalità di accertamento dell'incidenza delle tariffe annuali del progetto di finanza di progetto sul bilancio dell'Ente in relazione alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

3. Fino all'approvazione del regolamento di cui al comma 1, l'accesso alla finanza di progetto è consentito solo entro il limite del quindici per cento dell'importo a base d'asta dell'intervento proposto.

### *CAPO II - Progetti e azioni programmate*

**Art. 77 - Progetti e azioni programmate.**

1. In attuazione del Piano e per il raggiungimento di specifici obiettivi di salute sono realizzati progetti e azioni programmate.

2. La Giunta regionale entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge presenta alla Commissione consiliare competente ai fini del parere le linee guida per l'attuazione dei progetti obiettivo e delle azioni programmate di seguito indicate indicando le risorse specifiche assegnate per la loro realizzazione:

a) progetti obiettivo:
    1) salute mentale;
    2) sicurezza alimentare;

3) sicurezza nei luoghi di lavoro;
4) lotta al tabagismo;
5) traumi da traffico;
6) igiene e sanità pubblica;
7) promozione della salute attraverso l'attività fisica e una corretta alimentazione;
8) lotta alla tossicodipendenza;
9) tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche;
10) progetto obiettivo persone disabili;
11) incidenti domestici.

b) azioni programmate
1) prevenzione e cura patologie oncologiche;
2) prevenzione e cura malattie cardiovascolari;
3) profilassi malattie infettive;
4) prevenzione e cura del diabete;
5) trapianti;
6) malattie rare;
7) piano sangue;
8) emergenza/urgenza;
9) la prescrizione dell'esercizio fisico nella cura delle patologie croniche cardiovascolari e metaboliche.

**Art. 78 - Norma finale.**

1. Le disposizioni di cui alla presente legge mantengono la loro efficacia sino all'approvazione e all'entrata in vigore di successivi provvedimenti di modificazione od integrazioni.

2. Per quanto non espressamente previsto dalla presente legge si rinvia alle disposizioni della legislazione nazionale e regionale in materia socio sanitaria.

**INDICE**

*TITOLO I - Programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale* ..... *14*
Capo I - Programmazione ..... 14
Art. 1 - Finalità e oggetto. ..... 14
Art. 2 - Obiettivi. ..... 14
CAPO II – Ulteriori obiettivi del Piano ..... 15
Art. 3 - Sicurezza delle cure. ..... 15
Art. 4 - Abbattimento delle liste di attesa. Azioni positive. ..... 15
Art. 5 - Ruolo delle farmacie nell'ambito del Servizio sanitario regionale. ..... 16
Art. 6 - Fornitura diretta di farmaci. ..... 17
Art. 7 - Sorveglianza sugli esposti ed ex esposti all'amianto. ..... 17
*TITOLO II - Aspetti istituzionali e di ordinamento* ..... *17*
CAPO I - Organizzazione del servizio sanitario, socio-sanitario e sociale regionale. ..... 17
Art. 8 - Autorizzazione, accreditamento e vigilanza sulle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali - fondo di rotazione. ..... 17
Art. 9 - Rapporti con l'università. ..... 18
Art. 10 - Il Sistema informativo sanitario, socio-sanitario e sociale regionale. ..... 19
Art. 11 - Tutela, conservazione e dematerializzazione dei dati clinici. ..... 19
Art. 12 - Relazione socio-sanitaria regionale. ..... 19
Art. 13 - Sviluppo di un sistema di governo clinico finalizzato al miglioramento continuo della qualità assistenziale. ..... 20
*TITOLO III - Organizzazione aziende ULSS, ruolo delle autonomie locali e partecipazione alla programmazione* ..... *20*
CAPO I - Organizzazione aziende ULSS ..... 20
Art. 14 - Direttori Generali. ..... 20
Art. 15 - Distretto socio-sanitario. ..... 20
Art. 16 - Dipartimenti. ..... 21
Art. 17 - Criteri per la nomina dei dirigenti di struttura complessa. ..... 21
Art. 18 - Esclusività del rapporto di lavoro dei dirigenti del ruolo sanitario. ..... 21
Art. 19 - Il collegio di direzione. ..... 22
CAPO II – Poteri Autonomie locali ..... 22
Art. 20 - Poteri delle Autonomie locali. ..... 22
Art. 21 - Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria. ..... 23
CAPO III – Partecipazione alla programmazione socio – sanitaria e sociale ..... 23
Art. 22 - Partecipazione alla programmazione. ..... 23
Art. 23 - Tutela dei diritti dell'utenza e carta dei servizi. ..... 24
*TITOLO IV – Programmazione ospedaliera e riordino ambiti aziende ULSS* ..... *25*
CAPO I – Dimensionamento Rete Ospedaliera ..... 25
Art. 24 - Dimensionamento della rete ospedaliera regionale. ..... 25
Art. 25 - Organizzazione rete ospedaliera. ..... 25

Art. 26 - Sanità e Ospedali di montagna e delle aree di confine.....27
Art. 27 - Poli unici ospedalieri.....27
CAPO II – Rideterminazione ambiti ULSS.....27
Art. 28 - Rideterminazione ambiti territoriali delle aziende ULSS del Veneto.....27
Art. 29 - Funzioni di area vasta.....28
Art. 30 - Sperimentazioni gestionali e istituzionali – Finalità. .....28
*TITOLO V - Soggetti del sistema regionale dei servizi sociali e strumenti della programmazione*.....*29*
CAPO I - Soggetti del sistema regionale.....29
Art. 31 - Soggetti dell'intervento sociale. .....29
Art. 32 - Comuni.....29
Art. 33 - Regione. .....30
Art. 34 - Aziende unità locali socio sanitarie.....30
Art. 35 - Terzo settore.....31
Art. 36 - Conferenza regionale del terzo settore.....31
Art. 37 - Rapporti con il volontariato le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale. .....31
CAPO II – Strumenti della programmazione .....31
Art. 38 - Piano di zona dei servizi alla persona. .....31
Art. 39 - Vigilanza e controllo sull'adozione dei piani di zona dei servizi alla persona.....32
*TITOLO VI - I livelli di assistenza*.....*33*
CAPO I - I Livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale.....33
Art. 40 - I Livelli essenziali di assistenza. .....33
Art. 41 - I Livelli essenziali di assistenza sanitaria.....33
Art. 42 - Livelli essenziali delle prestazioni sociali.....33
Art. 43 - Principi e criteri dei livelli essenziali di assistenza sanitaria. .....34
Art. 44 - Finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria.34
Art. 45 - Livelli assistenziali aggiuntivi regionali. .....34
Art. 46 - Livelli assistenziali aggiuntivi locali.....35
Art. 47 - Esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. ....35
*TITOLO VII - Riparto risorse del Servizio sanitario regionale e fondo aree montane e lagunari*.....*35*
CAPO I- Riparto risorse del servizio sanitario e sociale regionale .....35
Art. 48 - Criteri e procedure per l'impiego di risorse sanitarie e per la relativa ripartizione.....35
Art. 49 - Criteri e procedure per l'impiego di risorse sociali e per la relativa ripartizione.....36
CAPO II – Aree montane e lagunari.....36
Art. 50 - Fondo sanitario regionale zone lagunari, aree di montagna e di confine. .....36
*TITOLO VIII - Continuità assistenziale - casa della salute - UTAP*.....*37*
CAPO I - Continuità assistenziale .....37
Art. 51 - Finalità.....37
Art. 52 - Continuità assistenziale.....37
CAPO II - Case della salute - UTAP - ospedali di comunità .....37
Art. 53 - Casa della salute.....37

Art. 54 - Attuazione programma costruzione case della salute. .....38
Art. 55 - Unità territoriali assistenza primaria (UTAP). .....38
Art. 56 - Valorizzazione medicina convenzionata. .....38
Art. 57 - Piani istituzione UTAP. .....39
*TITOLO IX - Progetti obiettivo* .....*39*
CAPO I - Progetto infanzia e adolescenza.....39
Art. 58 - Finalità.....39
Art. 59 - Fondo regionale. .....39
Art. 60 - Procedure.....39
CAPO II – Progetto anziani .....40
Art. 61 - Finalità.....40
Art. 62 - Strutture e servizi residenziali per non autosufficienti. .....40
Art. 63 - Servizi di assistenza aperta.....40
Art. 64 - Strutture residenziali per anziani non autosufficienti. .....41
Art. 65 - Spese sanitarie nelle RSA per anziani e disabili. .....42
Art. 66 - Assistenza domiciliare integrata e spedalizzazione a domicilio (SD). .....43
CAPO III - Azioni positive e politiche per le famiglie.....44
Art. 67 - Principi e finalità. .....44
Art. 68 - Piano Triennale di programmazione per le politiche di sostegno familiare. .....45
Art. 69 - Criteri per le azioni positive a favore della procreazione libera e responsabile.....45
Art. 70 - Criteri per le azioni positive nel campo del privato sociale. .....46
Art. 71 - Criteri per le azioni positive per le famiglie immigrate. .....46
*TITOLO X - Fondo per la non autosufficienza*.....*46*
CAPO I - Istituzione del Fondo .....46
Art. 72 - Fondo e definizione “non autosufficienza”. .....46
Art. 73 - Finalità del fondo. .....47
Art. 74 - Funzionamento del Fondo. .....47
Art. 75 - Dotazione del fondo. .....48
*TITOLO XI - Normativa transitoria* .....*48*
CAPO I - Norme transitorie.....48
Art. 76 - Accesso alla finanza di progetto. .....48
CAPO II - Progetti e azioni programmate .....48
Art. 77 - Progetti e azioni programmate. .....48
Art. 78 - Norma finale.....49

PARTE NOTIZIALE
(aggiornata alla data di presentazione del progetto)

**Nota all'articolo 1**

**Legge 8 novembre 2000 n. 328 (1)**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

**Art. 1 -** *Princìpi generali e finalità.*
1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.
2. Ai sensi della presente legge, per «interventi e servizi sociali» si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.
3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i princìpi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.
4. Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'àmbito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto-aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.
6. La presente legge promuove la partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini istituzionali di cui al comma 1.
7. Le disposizioni della presente legge costituiscono princìpi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono, nell'àmbito delle competenze loro attribuite, ad adeguare i propri ordinamenti alle disposizioni contenute nella presente legge, secondo quanto previsto dai rispettivi statuti.

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

**Nota all'articolo 2**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)

**Art. 1 -** *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.*
1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.
2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i princìpi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei princìpi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse (3).
3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.
4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autocoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.
5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse

dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000 (4):
a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
b) l'assistenza distrettuale;
c) l'assistenza ospedaliera.
7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:
a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai princìpi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.
8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.
9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.
10. Il Piano sanitario nazionale indica:
a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;

g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.
11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:
a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.
13. Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.
14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.
15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.
16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.
17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la

regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.
18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefîci fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 (5).

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
(2)Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
(3)Comma così modificato dall'art. 1, decreto legge . 18 settembre 2001, n. 347.
(4)Vedi, anche, il comma 1 dell'art. 54, legge 27 dicembre 2002, n. 289.
(5)Articolo prima modificato dall'art. 2, decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.), e successivamente così sostituito dall'art. 1, Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.). Con D.P.R. 23 luglio 1998 (Gazzetta Ufficiale 10 dicembre 1998, n. 288, S.O.) è stato approvato il Piano sanitario per il triennio 1998-2000. Il progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale è stato adattato, per il triennio 1998-2000, con D.M. 24 aprile 2000 (Gazzetta Ufficiale 7 giugno 2000, n. 131, S.O.), divenuto giuridicamente efficace e suscettibile di esecuzione amministrativa, dopo la registrazione alla Corte dei conti, il 13 ottobre 2000 (comunicato in Gazzetta Ufficiale 10 novembre 2000, n. 263). Con D.P.R. 23 maggio 2003 è stato approvato il Piano sanitario nazionale 2003-2005. Con D.P.R. 7 aprile 2006 è stato approvato il Piano sanitario nazionale 2006-2008.

---

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

**Art. 22 -** *Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.
2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di

integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:
a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.
3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio l983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n, 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni àmbito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:
a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
c) assistenza domiciliare;
d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.
---

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

**Art. 117**
La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali
Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:
a) politica estera e rapporti internazionali dello Stato; rapporti dello Stato con l'Unione europea; diritto di asilo e condizione giuridica dei cittadini di Stati non appartenenti all'Unione europea;
b) immigrazione;
c) rapporti tra la Repubblica e le confessioni religiose;
d) difesa e Forze armate; sicurezza dello Stato; armi, munizioni ed esplosivi;
e) moneta, tutela del risparmio e mercati finanziari; tutela della concorrenza; sistema valutario; sistema tributario e contabile dello Stato; perequazione delle risorse finanziarie;
f) organi dello Stato e relative leggi elettorali; referendum statali; elezione del Parlamento europeo;
g) ordinamento e organizzazione amministrativa dello Stato e degli enti pubblici nazionali;
h) ordine pubblico e sicurezza, ad esclusione della polizia amministrativa locale;
i) cittadinanza, stato civile e anagrafi;
l) giurisdizione e norme processuali; ordinamento civile e penale; giustizia amministrativa;
m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;
n) norme generali sull'istruzione;
o) previdenza sociale;
p) legislazione elettorale, organi di governo e funzioni fondamentali di Comuni, Province e Città metropolitane;
q) dogane, protezione dei confini nazionali e profilassi internazionale;
r) pesi, misure e determinazione del tempo; coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale; opere dell'ingegno;

s) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali .
Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei princìpi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato .
Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato .
Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, nelle materie di loro competenza, partecipano alle decisioni dirette alla formazione degli atti normativi comunitari e provvedono all'attuazione e all'esecuzione degli accordi internazionali e degli atti dell'Unione europea, nel rispetto delle norme di procedura stabilite da legge dello Stato, che disciplina le modalità di esercizio del potere sostitutivo in caso di inadempienza.
La potestà regolamentare spetta allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva, salva delega alle Regioni. La potestà regolamentare spetta alle Regioni in ogni altra materia. I Comuni, le Province e le Città metropolitane hanno potestà regolamentare in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite.
Le leggi regionali rimuovono ogni ostacolo che impedisce la piena parità degli uomini e delle donne nella vita sociale, culturale ed economica e promuovono la parità di accesso tra donne e uomini alle cariche elettive.
La legge regionale ratifica le intese della Regione con altre Regioni per il migliore esercizio delle proprie funzioni, anche con individuazione di organi comuni .
Nelle materie di sua competenza la Regione può concludere accordi con Stati e intese con enti territoriali interni ad altro Stato, nei casi e con le forme disciplinati da leggi dello Stato (2).
---
(1) La Costituzione fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 27 dicembre 1947, n. 298, ediz. straord., ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948.
(2)Articolo così sostituito dall'art. 3, legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Per l'attuazione del presente articolo vedi la legge 5 giugno 2003, n. 131 e il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 208.

**Nota all’articolo 6**

**Legge 16 novembre 2001, n. 405 (1).**
CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL D.L. 18 SETTEMBRE 2001, N. 347, RECANTE INTERVENTI URGENTI IN MATERIA DI SPESA SANITARIA (2).

**Art. 8 -** *Particolari modalità di erogazione di medicinali agli assistiti.*
1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi, hanno facoltà di:
a) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale (3);
b) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
c) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale (4).
---
(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 17 novembre 2001, n. 268.
(2) L'articolo 16 del D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 ha disposto l'abrogazione del comma 1-bis dell'art. 2 della presente legge. Tale abrogazione è da intendersi riferita al comma 1-bis dell'art. 2, decreto legge 18 settembre 2001, n. 347.
(3) Lettera così modificata dal comma 65 dell'art. 52, legge 28 dicembre 2001, n. 448.
(4) Articolo così modificato dalla legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, che ha soppresso l'originaria lettera a) e ha ridenominato, modificandole, le successive lettere b), c) e d).

**Nota all’articolo 8**

**Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 (BUR n. 82/2002).**

AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

**Nota all’articolo 9**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 24 maggio 2001 (1).**
LINEE GUIDA CONCERNENTI I PROTOCOLLI DI INTESA DA STIPULARE TRA REGIONI E UNIVERSITÀ PER LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI DELLE UNIVERSITÀ NEL QUADRO DELLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE E REGIONALE AI SENSI

DELL'ART. 1, COMMA 2, DEL D.LGS. 21 DICEMBRE 1999, N. 517. INTESA, AI SENSI DELL'ART. 8 DELLA L. 15 MARZO 1997, N. 59.

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 2001, n. 184.

**Nota all'articolo 12**

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

**Art. 115 -** *Relazione sanitaria regionale.*
1. Entro il 30 giugno di ogni anno, la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale tramite la competente commissione consiliare, la relazione sanitaria regionale comprensiva della valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi di cui al comma 4 dell'articolo 113. (1)
---
(1) Il comma 3 dell'articolo 2 legge regionale 29 novembre 2001, n. 32 , istitutiva dell'Agenzia regionale socio-sanitaria, ha disposto che in allegato alla relazione prevista dal presente articolo la Giunta presenti anche una relazione sull'attività svolta dall'Agenzia.

**Nota all'articolo 15**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

**Nota all'articolo 17**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)

**Art. 15-ter. -** *Incarichi di natura professionale e di direzione di struttura.*
1. Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, secondo le modalità definite nella contrattazione collettiva nazionale, compatibilmente con le risorse finanziarie a tal fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle valutazioni triennali del collegio tecnico di cui all'articolo 15, comma 5. Gli

incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a sette, con facoltà di rinnovo. Ai predetti incarichi si applica l'articolo 19, comma 1, del decreto legislativo n. 29 del 1993 e successive modificazioni. Sono definiti contrattualmente, nel rispetto dei parametri indicati dal contratto collettivo nazionale per ciascun incarico, l'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata dell'incarico, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico (3).
2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuata dal direttore generale, previo avviso da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, sulla base di una rosa di candidati idonei selezionata da una apposita commissione. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve. La commissione, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale, preposti a una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico, di cui uno individuato dal direttore generale e uno dal Collegio di direzione. Fino alla costituzione del collegio alla individuazione provvede il Consiglio dei sanitari (4).
3. Gli incarichi di cui ai commi 1 e 2 sono revocati, secondo le procedure previste dalle disposizioni vigenti e dai contratti collettivi nazionali di lavoro, in caso di: inosservanza delle direttive impartite dalla direzione generale o dalla direzione del dipartimento; mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati; responsabilità grave e reiterata; in tutti gli altri casi previsti dai contratti di lavoro. Nei casi di maggiore gravità, il direttore generale può recedere dal rapporto di lavoro, secondo le disposizioni del codice civile e dei contratti collettivi nazionali di lavoro. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro; contestualmente viene reso indisponibile un posto di organico del relativo profilo (5).
4. I dirigenti ai quali non sia stata affidata la direzione di strutture svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.
5. Il dirigente preposto a una struttura complessa è sostituito, in caso di sua assenza o impedimento, da altro dirigente della struttura o del dipartimento individuato dal responsabile della struttura stessa; alle predette mansioni superiori non si applica l'articolo 2103, comma primo, del codice civile (6).

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
(2)Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
(3) Periodo aggiunto dall'art. 8, decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).
(4) La Corte costituzionale, con ordinanza 5-10 maggio 2005, n. 196 (Gazzetta Ufficiale 18 maggio 2005, n. 20, 1ª Serie speciale), ha dichiarato la manifesta inammissibilità della questione di legittimità costituzionale dell'art. 15-ter, comma 2, come introdotto dall'art. 13 del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 sollevata in riferimento all'art. 97, commi primo e terzo, della Costituzione.
(5) Periodo aggiunto dall'art. 8, decreto legislativo 28 luglio 2000, n. 254 (Gazzetta Ufficiale 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).

(6) Articolo aggiunto dall'art. 13, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

---

**Decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (1).**

REGOLAMENTO RECANTE LA DETERMINAZIONE DEI REQUISITI PER L'ACCESSO ALLA DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE E DEI REQUISITI E DEI CRITERI PER L'ACCESSO AL SECONDO LIVELLO DIRIGENZIALE PER IL PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

---

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17 gennaio 1998, n. 13, S.O.

**Nota all'articolo 19**

**Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (1).**
DISCIPLINA DEI RAPPORTI FRA SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ED UNIVERSITÀ, A NORMA DELL'ARTICOLO 6 DELLA L. 30 NOVEMBRE 1998, N. 419.

**Art. 2.** - *Aziende ospedaliero-universitarie.*
1. La collaborazione fra Servizio sanitario nazionale e università, si realizza, salvo quanto previsto ai commi 4, ultimo periodo, e 5, attraverso aziende ospedaliero-universitarie, aventi autonoma personalità giuridica, le quali perseguono le finalità di cui al presente articolo.
2. Per un periodo transitorio di quattro anni dall'entrata in vigore del presente decreto, le aziende ospedaliero-universitarie si articolano, in via sperimentale, in due tipologie organizzative:
a) aziende ospedaliere costituite in seguito alla trasformazione dei policlinici universitari a gestione diretta, denominate aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale;
b) aziende ospedaliere costituite mediante trasformazione dei presìdi ospedalieri nei quali insiste la prevalenza del corso di laurea in medicina e chirurgia, anche operanti in strutture di pertinenza dell'università, denominate aziende ospedaliere integrate con l'università.
3. A1 termine del quadriennio di sperimentazione, alle aziende di cui al comma 1 si applica la disciplina prevista dal presente decreto, salvo gli adattamenti necessari, in base anche ai risultati della sperimentazione, per pervenire al modello aziendale unico di azienda ospedaliero-universitaria. Gli eventuali adattamenti sono definiti con atto di indirizzo e coordinamento emanato ai sensi dell'articolo 8 della legge 15 marzo 1997, n. 59, su proposta dei Ministri della sanità e dell'università della ricerca scientifica e tecnologica e, ove necessario, con apposito provvedimento legislativo.
4. Per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca dell'università di cui all'articolo 1, la regione e l'università individuano, in conformità alle scelte definite dal Piano sanitario regionale, l'azienda di riferimento di cui ai commi 1 e 2. Tali aziende sono

caratterizzate da unitarietà strutturale e logistica. Qualora nell'azienda di riferimento non siano disponibili specifiche strutture essenziali per l'attività didattica, l'università concorda con la regione, nell'àmbito dei protocolli di intesa, l'utilizzazione di altre strutture pubbliche.
5. Le università concordano altresì con la regione, nell'àmbito dei protocolli d'intesa, ogni eventuale utilizzazione, tramite l'azienda di riferimento, di specifiche strutture assistenziali private, purché già accreditate e qualora non siano disponibili strutture nell'azienda di riferimento e, in via subordinata, nelle altre strutture pubbliche di cui al comma 4.
6. Le aziende di cui ai commi 1 e 2 operano nell'àmbito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono entrambe sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'università, in considerazione dell'apporto reciproco tra le funzioni del Servizio sanitario nazionale e quelle svolte dalle facoltà di medicina e chirurgia. Le attività assistenziali svolte perseguono l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali dell'università, sulla base dei princìpi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale del Servizio sanitario nazionale, secondo le specificazioni definite nel presente decreto.
7. Le aziende ospedaliere integrate con l'università di cui al comma 2, lettera b), sono costituite secondo il procedimento previsto nell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni; la proposta regionale è formulata d'intesa con l'università. Le modalità organizzative e gestionali di tali aziende sono disciplinate dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto.
8. Le aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2, lettera a) sono costituite, con autonoma personalità giuridica, dall'università, d'intesa con la regione, ed operano secondo modalità organizzative e gestionali determinate dall'azienda in analogia alle disposizioni degli articoli 3, 3-bis, 3-ter e 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salve le specifiche disposizioni contenute nel presente decreto.
9. Alle aziende di cui ai commi 1 e 2 si applicano gli articoli 8-bis, 8-ter e 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, salvo quanto previsto dal presente decreto.
10. Sono abrogati i commi 5 e 6 dell'articolo 4 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
---
(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 12 gennaio 2000, n. 8, S.O.

**Nota all’articolo 21**

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

**Art. 113 -** *Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.*

1. É istituita la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20 .

2. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria esprime parere:

a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;

b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;

c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;

d) sugli schemi di disegno di legge e di regolamento in materia sanitaria, nonché sulle proposte di legge regionale di natura programmatoria individuate dalla competente commissione consiliare. Il parere sulle proposte di legge, non vincolante, viene espresso entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento, trascorso il quale si prescinde dal parere stesso; (1)

e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

3. Nell'esposizione del parere di cui al comma 2, lettera a), la Conferenza esprime in particolare parere sui seguenti aspetti:

a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;

b) i servizi essenziali da garantire alle persone;

c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;

d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;

e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;

f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

4. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria propone annualmente documenti di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi, sulla base delle informazioni contenute nella relazione sanitaria regionale che la Giunta regionale provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno ai sensi dell'articolo 115. Copia dei documenti di valutazione è trasmessa al Consiglio regionale.

5. Limitatamente a quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria può chiedere alla Regione di revocare i direttori generali delle aziende ospedaliere o di non disporne la conferma.

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;

b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;
c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);
d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCEM).
7. Per la trattazione di argomenti che si riferiscono a funzioni e competenze delle amministrazioni provinciali, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.
8. I componenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 6 sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.
9. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria provvede alla designazione del componente del collegio sindacale spettante all'organismo di rappresentanza dei comuni nelle aziende ospedaliere.
10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo.
---
(1) Lettera sostituita da art. 7 legge regionale 16 agosto 2002, n. 28 .

**Nota all'articolo 23**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 19 maggio 1995 (1).**
PRIMA INDIVIDUAZIONE DEI SETTORI DI EROGAZIONE DEI SERVIZI PUBBLICI AI FINI DELLA EMANAZIONE DEGLI SCHEMI GENERALI DI RIFERIMENTO DI «CARTE DEI SERVIZI PUBBLICI» (2).

**Art. 14 -** *Diritti dei cittadini.*
1. Al fine di garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio sanitario nazionale il Ministro della sanità definisce con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i contenuti e le modalità di utilizzo degli indicatori di qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie relativamente alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie. A tal fine il Ministro della sanità, d'intesa con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e con il Ministro degli affari sociali, può avvalersi anche della collaborazione delle università, del Consiglio nazionale delle ricerche, delle organizzazioni rappresentative degli utenti e degli operatori del Servizio sanitario nazionale nonché delle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti (3).
2. Le regioni utilizzano il suddetto sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, per la programmazione regionale, per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono inoltre consultazioni con i cittadini

e le loro organizzazioni anche sindacali ed in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno comunque essere sentiti nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie. Per le finalità del presente articolo, le regioni prevedono forme di partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale (4). Le regioni determinano altresì le modalità della presenza nelle strutture degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere.
3. Il Ministro della sanità, in sede di presentazione della relazione sullo stato sanitario del Paese, riferisce in merito alla tutela dei diritti dei cittadini con riferimento all'attuazione degli indicatori di qualità.
4. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel Servizio sanitario nazionale, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le aziende individuano inoltre modalità di raccolta ed analisi dei segnali di disservizio, in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Il direttore generale dell'unità sanitaria locale ed il direttore generale dell'azienda ospedaliera convocano, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al primo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.
5. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.
6. Al fine di favorire l'esercizio del diritto di libera scelta del medico e del presidio di cura, il Ministero della sanità cura la pubblicazione dell'elenco di tutte le istituzioni pubbliche e private che erogano prestazioni di alta specialità, con l'indicazione delle apparecchiature di alta tecnologia in dotazione nonché delle tariffe praticate per le prestazioni più rilevanti. La prima pubblicazione è effettuata entro il 31 dicembre 1993 (5).

7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative (6).
8. Le regioni, le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere promuovono iniziative di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico sui temi inerenti la tutela dei diritti dei cittadini, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali.

---
(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
(2)Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
(3) Comma così sostituito dall'art. 15, decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazz. Uff. 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.). Con D.M. 15 ottobre 1996 (Gazzetta Ufficiale 18 gennaio 1997, n. 14) sono stati approvati gli indicatori di cui al presente comma.
(4) Periodo così inserito dall'art. 12, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
(5) Comma così sostituito dall'art. 15, decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).
(6) 6 Comma così sostituito dall'art. 15, decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.).

**Nota all’articolo 24**

**Legge regionale 30 agosto 1993 n. 39 (BUR n. 73/1993)**
NORME DI ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30 DICEMBRE 1991, N. 412 IN MATERIA SANITARIA
---
**Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)**

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517.

**Nota all'articolo 28**

**Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)**

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517.

**Nota all'articolo 32**

**Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 (1).**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI DELLO STATO ALLE REGIONI ED AGLI ENTI LOCALI, IN ATTUAZIONE DEL CAPO I DELLA L. 15 MARZO 1997, N. 59 (2).

**Art. 132 -** *Trasferimento alle regioni.*
1. Le regioni adottano, ai sensi dell'articolo 4, comma 5, della legge 15 marzo 1997, n. 59 , entro sei mesi dall'emanazione del presente decreto legislativo, la legge di puntuale individuazione delle funzioni trasferite o delegate ai comuni ed agli enti locali e di quelle mantenute in capo alle regioni stesse. In particolare la legge regionale conferisce ai comuni ed agli altri enti locali le funzioni ed i compiti amministrativi concernenti i servizi sociali relativi a:
a) i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose;
b) i giovani;
c) gli anziani;
d) la famiglia;
e) i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi;
f) i tossicodipendenti e alcooldipendenti;
g) gli invalidi civili, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 130 del presente decreto legislativo.
2. Sono trasferiti alle regioni, che provvederanno al successivo conferimento alle province, ai comuni ed agli altri enti locali nell'ambito delle rispettive competenze, le funzioni e i compiti relativi alla promozione ed al coordinamento operativo dei soggetti e delle strutture che agiscono nell'ambito dei «servizi sociali», con particolare riguardo a:
a) la cooperazione sociale;
b) le istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza (IPAB);
c) il volontariato.

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 21 aprile 1998, n. 92, S.O. Nel presente decreto sono state riportate le correzioni indicate nell'avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 21 maggio 1998, n. 116.
---

**Legge 8 novembre 2000, n. 328).**

LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

**Art. 1 -** *Princìpi generali e finalità.*
**Vedi nota all'articolo** 1

**Art. 6 -** *Funzioni dei comuni.*
1. I comuni sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini, secondo le modalità stabilite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, come da ultimo modificata dalla legge 3 agosto 1999, n. 265.
2. Ai comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'articolo 132, comma 1, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 1 12, spetta, nell'àmbito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19 e secondo la disciplina adottata dalle regioni, l'esercizio delle seguenti attività:
a) programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, indicazione delle priorità e dei settori di innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5;
b) erogazione dei servizi, delle prestazioni economiche diverse da quelle disciplinate dall'articolo 22, e dei titoli di cui all'articolo 17, nonché delle attività assistenziali già di competenza delle province, con le modalità stabilite dalla legge regionale di cui all'articolo 8, comma 5;
c) autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5, secondo quanto stabilito ai sensi degli articoli 8, comma 3, lettera f), e 9, comma 1, lettera c);
d) partecipazione al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali, di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a);
e) definizione dei parametri di valutazione delle condizioni di cui all'articolo 2, comma 3, ai fini della determinazione dell'accesso prioritario alle prestazioni e ai servizi.
3. Nell'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 2 i comuni provvedono a:
a) promuovere, nell'àmbito del sistema locale dei servizi sociali a rete, risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'àmbito della vita comunitaria;
b) coordinare programmi e attività degli enti che operano nell'àmbito di competenza, secondo le modalità fissate dalla regione, tramite collegamenti operativi tra i servizi che realizzano attività volte all'integrazione sociale ed intese con le aziende unità sanitarie locali per le attività sociosanitarie e per i piani di zona;
c) adottare strumenti per la semplificazione amministrativa e per il controllo di gestione atti a valutare l'efficienza, l'efficacia ed i risultati delle prestazioni, in base alla programmazione di cui al comma 2, lettera a);

d) effettuare forme di consultazione dei soggetti di cui all'articolo 1, commi 5 e 6, per valutare la qualità e l'efficacia dei servizi e formulare proposte ai fini della predisposizione dei programmi;
e) garantire ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali.
4. Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

**Art. 19** - *Piano di zona.*
1. I comuni associati, negli àmbiti territoriali di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), a tutela dei diritti della popolazione, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, provvedono, nell'àmbito delle risorse disponibili, ai sensi dell'articolo 4, per gli interventi sociali e socio-sanitari, secondo le indicazioni del piano regionale di cui all'articolo 18, comma 6, a definire il piano di zona, che individua:
a) gli obiettivi strategici e le priorità di intervento nonché gli strumenti e i mezzi per la relativa realizzazione;
b) le modalità organizzative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali, i requisiti di qualità in relazione alle disposizioni regionali adottate ai sensi dell'articolo 8, comma 3, lettera h);
c) le forme di rilevazione dei dati nell'àmbito del sistema informativo di cui all'articolo 21;
d) le modalità per garantire l'integrazione tra servizi e prestazioni;
e) le modalità per realizzare il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento all'amministrazione penitenziaria e della giustizia;
f) le modalità per la collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti operanti nell'àmbito della solidarietà sociale a livello locale e con le altre risorse della comunità;
g) le forme di concertazione con l'azienda unità sanitaria locale e con i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4.
2. Il piano di zona, di norma adottato attraverso accordo di programma, ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno l990, n. 142, e successive modificazioni, è volto a:
a) favorire la formazione di sistemi locali di intervento fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili, stimolando in particolare le risorse locali di solidarietà e di auto-aiuto, nonché a responsabilizzare i cittadini nella programmazione e nella verifica dei servizi;
b) qualificare la spesa, attivando risorse, anche finanziarie, derivate dalle forme di concertazione di cui al comma 1, lettera g);
c) definire criteri di ripartizione della spesa a carico di ciascun comune, delle aziende unità sanitarie locali e degli altri soggetti firmatari dell'accordo, prevedendo anche risorse vincolate per il raggiungimento di particolari obiettivi;
d) prevedere iniziative di formazione e di aggiornamento degli operatori finalizzate a realizzare progetti di sviluppo dei servizi.
3. All'accordo di programma di cui al comma 2, per assicurare l'adeguato coordinamento delle risorse umane e finanziarie, partecipano i soggetti pubblici di

cui al comma 1 nonché i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, e all'articolo 10, che attraverso l'accreditamento o specifiche forme di concertazione concorrono, anche con proprie risorse, alla realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsto nel piano.

---

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

**Art. 128 -** *Programmazione dei servizi sociali.*

**Commi da 1 a 3 e commi da 5 a 12 omessi.**

4. La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS. Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei sindaci in armonia con l'articolazione in distretti delle ULSS, individua con riferimento al piano di zona particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni.

**Art. 132 -** *Ruolo delle ULSS, delle IPAB e dei soggetti del privato sociale.*
1. Alla programmazione, gestione e realizzazione della rete dei servizi sociali locali e regionali concorrono, ciascuno per le proprie competenze e capacità, oltre alla Regione e agli enti locali territoriali, le ULSS, le IPAB e i soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della legge n. 328/2000 dotati di autonoma potestà decisionale, economico-patrimoniale ed organizzativa inseriti in registri e albi regionali.
2. Le ULSS, organizzate ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, assicurano lo svolgimento delle seguenti funzioni:
a) accertamento e rilascio, se delegate, delle idoneità strutturali ed organizzative di cui all'articolo 127, ivi comprese le connesse attività di vigilanza;
b) programmazione, progettazione e gestione dei servizi sociali in relazione alle deleghe conferite dagli enti locali e sulla base degli indirizzi espressi dalla Conferenza dei sindaci;
c) svolgimento, su delega della Giunta regionale, di funzioni amministrative in materia di servizi sociali concernenti assegnazioni di finanziamenti ad iniziative e ad interventi d'interesse regionale.
3. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 2 lettera a) e comma 4 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, sono assicurate dalle ULSS. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui all'articolo 3 septies, comma 2, lettera b) del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, sono assicurate dalle ULSS se delegate dai comuni.

4. La direzione ed il coordinamento delle attività sociosanitarie, i cui servizi sono assicurati in ambito distrettuale, sono attuati dal direttore generale, secondo le forme e le modalità stabilite dalla normativa regionale vigente, integrate dalle funzioni previste dall'articolo 3, comma 1 quinquies, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché, in attuazione ed applicazione dell'articolo 3, comma 1 quater, del decreto legislativo medesimo, ai fini della individuazione della figura di riferimento per le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Per la programmazione e valutazione delle attività sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, il direttore generale si avvale altresì del Collegio di direzione, di cui all'articolo 17 del citato decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, del quale il direttore dei servizi sociali è membro di diritto.
5. Allo scopo di garantire continuità nell'erogazione dei servizi sociali, fino all'approvazione della legge di cui all'articolo 112, comma 1 della presente legge le ULSS continuano a svolgere inoltre le funzioni e i compiti concernenti l'integrazione sociosanitaria mediante la gestione obbligatoria di attività sociosanitarie come determinate dalla normativa vigente, ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assitenza sociale" e successive modificazioni.
6. Le IPAB e i soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della legge n.328/2000, dotati di propria potestà decisionale, patrimoniale ed organizzativa, che concorrono alla programmazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali, sono individuati dalle normative di settore e precisamente:
a) IPAB di cui alla legge n. 6972/1890;
b) cooperative sociali e relativi consorzi di cui alla legge 8 novembre 1991, n. 381 "Disciplina delle cooperative sociali";
c) fondazioni e associazioni con personalità giuridica di diritto privato, ai sensi del d.p.r. 10 febbraio 2000, n. 361;
d) organizzazioni di volontariato di cui alla legge 11 agosto 1991, n. 266 "Legge quadro sul volontariato";
e) enti religiosi di cui alla legge 25 marzo 1985, n. 121 "Ratifica ed esecuzione dell'accordo, con protocollo addizionale, firmato a Roma il 18 febbraio 1984, che apporta modificazioni al Concordato lateranense dell'11 febbraio 1929, tra la Repubblica italiana e la Santa Sede", operanti nel sociale ed in possesso delle idoneità, di cui all'articolo 20 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 e successive modificazioni, ove richiesta;
f) soggetti aventi scopo di lucro disciplinati dal libro V, titolo V del codice civile, che perseguono finalità in materia di servizi sociali ed in possesso delle idoneità di cui all'articolo 127, ove richiesta per l'esercizio della propria attività;
g) associazioni non riconosciute disciplinate dall'articolo 36 del codice civile operanti in materia di servizi sociali ed in possesso delle idoneità di cui all'articolo 127, ove richiesta per l'esercizio della propria attività.
7. La Giunta regionale entro i termini e con le modalità stabiliti dalla legge regionale di attuazione della legge n.328/2000 determina, i criteri e le modalità per l'attivazione di tavoli di confronto con i soggetti di cui al comma 6. in occasione della programmazione e realizzazione della rete dei servizi sociali a livello regionale.
---

**Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (1).**
TESTO UNICO DELLE LEGGI SULL'ORDINAMENTO DEGLI ENTI LOCALI

**Art. 31 -** *Consorzi.*
1. Gli enti locali per la gestione associata di uno o più servizi e l'esercizio associato di funzioni possono costituire un consorzio secondo le norme previste per le aziende speciali di cui all'articolo 114, in quanto compatibili. Al consorzio possono partecipare altri enti pubblici, quando siano a ciò autorizzati, secondo le leggi alle quali sono soggetti.
2. A tal fine i rispettivi consigli approvano a maggioranza assoluta dei componenti una convenzione ai sensi dell'articolo 30, unitamente allo statuto del consorzio.
3. In particolare la convenzione deve disciplinare le nomine e le competenze degli organi consortili coerentemente a quanto disposto dai commi 8, 9 e 10 dell'articolo 50 e dell'articolo 42, comma 2, lettera m), e prevedere la trasmissione, agli enti aderenti, degli atti fondamentali del consorzio; lo statuto, in conformità alla convenzione, deve disciplinare l'organizzazione, la nomina e le funzioni degli organi consortili.
4. Salvo quanto previsto dalla convenzione e dallo statuto per i consorzi, ai quali partecipano a mezzo dei rispettivi rappresentanti legali anche enti diversi dagli enti locali, l'assemblea del consorzio è composta dai rappresentanti degli enti associati nella persona del sindaco, del presidente o di un loro delegato, ciascuno con responsabilità pari alla quota di partecipazione fissata dalla convenzione e dallo statuto.
5. L'assemblea elegge il consiglio di amministrazione e ne approva gli atti fondamentali previsti dallo statuto.
6. Tra gli stessi enti locali non può essere costituito più di un consorzio.
7. In caso di rilevante interesse pubblico, la legge dello Stato può prevedere la costituzione di consorzi obbligatori per l'esercizio di determinate funzioni e servizi. La stessa legge ne demanda l'attuazione alle leggi regionali.
8. Ai consorzi che gestiscono attività di cui all'articolo 113-bis, si applicano le norme previste per le aziende speciali (2) (3).

**Art. 114 -** *Aziende speciali ed istituzioni.*
1. L'azienda speciale è ente strumentale dell'ente locale dotato di personalità giuridica, di autonomia imprenditoriale e di proprio statuto, approvato dal consiglio comunale o provinciale.
2. L'istituzione è organismo strumentale dell'ente locale per l'esercizio di servizi sociali, dotato di autonomia gestionale.
3. Organi dell'azienda e dell'istituzione sono il consiglio di amministrazione, il presidente e il direttore, al quale compete la responsabilità gestionale. Le modalità di nomina e revoca degli amministratori sono stabilite dallo statuto dell'ente locale.
4. L'azienda e l'istituzione informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità ed hanno l'obbligo del pareggio di bilancio da perseguire attraverso l'equilibrio dei costi e dei ricavi, compresi i trasferimenti.
5. Nell'àmbito della legge, l'ordinamento ed il funzionamento delle aziende speciali sono disciplinati dal proprio statuto e dai regolamenti; quelli delle

istituzioni sono disciplinati dallo statuto e dai regolamenti dell'ente locale da cui dipendono.
6. L'ente locale conferisce il capitale di dotazione; determina le finalità e gli indirizzi; approva gli atti fondamentali; esercita la vigilanza; verifica i risultati della gestione; provvede alla copertura degli eventuali costi sociali.
7. Il collegio dei revisori dei conti dell'ente locale esercita le sue funzioni anche nei confronti delle istituzioni. Lo statuto dell'azienda speciale prevede un apposito organo di revisione, nonché forme autonome di verifica della gestione.
8. Ai fini di cui al comma 6 sono fondamentali i seguenti atti:
a) il piano-programma, comprendente un contratto di servizio che disciplini i rapporti tra ente locale ed azienda speciale;
b) i bilanci economici di previsione pluriennale ed annuale;
c) il conto consuntivo;
d) il bilancio di esercizio (4).

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 settembre 2000, n. 227, S.O.
(2) Comma così modificato dal comma 12 dell'art. 35, legge. 28 dicembre 2001, n. 448.
(3) Il presente articolo corrisponde all'art. 25, legge. 8 giugno 1990, n. 142, ora abrogata.
(4) Il presente articolo corrisponde all'art. 23, legge. 8 giugno 1990, n. 142, e al comma 5 dell'art. 4, decreto legge 31 gennaio 1995, n. 26.
---

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)

**Art. 3-quater.** - *Il distretto.*
1. La legge regionale disciplina l'articolazione in distretti dell'unità sanitaria locale. Il distretto è individuato, sulla base dei criteri di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera c), dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquies, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presìdi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della unità sanitaria locale.
3. Il Programma delle attività territoriali, basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:
a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presìdi per il territorio di competenza;

c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
4. Il Comitato dei sindaci di distretto, la cui organizzazione e il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali. Nei comuni la cui ampiezza territoriale coincide con quella dell'unità sanitaria locale o la supera il Comitato dei sindaci di distretto è sostituito dal Comitato dei presidenti di circoscrizione (3).

**Art. 3-septies**. - *Integrazione sociosanitaria*.
1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono:
a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.

**Non si riportano i commi da 3 ad 8…….**

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
(2)Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
(3) Articolo così inserito dall'art. 3, comma 3, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, n. S.O.).
(4) Articolo così inserito dall'art. 3, comma 3, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, n. S.O.).
---

**Legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 (BUR n. 57/1982)**
NORME PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE.

**Art. 5 -** *(Funzioni e gestione).*
1. Le funzioni relative ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sono esercitate dai comuni, dalle comunità montane e dalle unità locali socio-sanitarie (ULSS).
2. Alle unità locali socio-sanitarie è attribuita la gestione obbligatoria nei limiti fissati dai livelli uniformi di assistenza, delle seguenti funzioni:
a) prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
b) prevenzione, assistenza, recupero, informazione, sostegno e reinserimento sociale di tossicodipendenti;
c) attività consultoriali familiari.

3. Sono di competenza dei comuni o delle comunità montane le funzioni socio-assistenziali relative ad ogni servizio socio-assistenziale di interesse locale, esercitato sia in forma residenziale che semi-residenziale, aperta o domiciliare, compresa l'erogazione di interventi economici complementari.

---

(1) Articolo così sostituito da art. 4 legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3

**Legge regionale 3 febbraio 1996 n. 5 (BUR n. 14/1996)**
PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 1996/1998.

**Art. 4 -** *Strumenti dell'integrazione.*
1. La realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria si attua attraverso la gestione unitaria di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio-sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente con i distretti di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 . I Comuni stipulano convenzioni relativamente a tale ambito, ai sensi dell'articolo 24, comma 3, della legge 8 giugno 1990, n. 142. La Giunta regionale emana lo schema tipo di convenzione entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.
2. La durata della convenzione è coincidente con la durata del piano socio-sanitario regionale e comunque il suo termine di validità è prorogato fino all'approvazione del successivo piano socio-sanitario regionale.
3. Il piano di zona, di cui all'articolo 8 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 , è promosso dal sindaco qualora l'ambito territoriale dell'unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o dalla rappresentanza della conferenza dei sindaci ed è approvato dal sindaco o dalla conferenza stessa, sentiti tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali.
4. I contenuti del piano di zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'Unità locale socio-sanitaria in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.
5. L'Unità locale socio-sanitaria, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 , recepisce i contenuti del piano di zona, all'interno del piano generale triennale di cui all'articolo 6, comma 3, della legge regionale medesima, precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari e, all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'area degli anziani non autosufficienti e all'area materno-infantile.

**Nota all'articolo 33**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**

**Art. 8.** *Funzioni delle regioni.*

1. Le regioni esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale e disciplinano l'integrazione degli interventi stessi, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419.

2. Allo scopo di garantire il costante adeguamento alle esigenze delle comunità locali, le regioni programmano gli interventi sociali secondo le indicazioni di cui all'articolo 3, commi 2 e 5, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, promuovendo, nell'àmbito delle rispettive competenze, modalità di collaborazione e azioni coordinate con gli enti locali, adottando strumenti e procedure di raccordo e di concertazione, anche permanenti, per dare luogo a forme di cooperazione. Le regioni provvedono altresì alla consultazione dei soggetti di cui agli articoli 1, commi 5 e 6, e 10 della presente legge.

3. Alle regioni, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, spetta in particolare l'esercizio delle seguenti funzioni:

a) determinazione, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tramite le forme di concertazione con gli enti locali interessati, degli ambiti territoriali, delle modalità e degli strumenti per la gestione unitaria del sistema locale dei servizi sociali a rete. Nella determinazione degli ambiti territoriali, le regioni prevedono incentivi a favore dell'esercizio associato delle funzioni sociali in ambiti territoriali di norma coincidenti con i distretti sanitari già operanti per le prestazioni sanitarie, destinando allo scopo una quota delle complessive risorse regionali destinate agli interventi previsti dalla presente legge;

b) definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità, istituzioni scolastiche, avviamento al lavoro e reinserimento nelle attività lavorative, servizi del tempo libero, trasporti e comunicazioni;

c) promozione e coordinamento delle azioni di assistenza tecnica per la istituzione e la gestione degli interventi sociali da parte degli enti locali;

d) promozione della sperimentazione di modelli innovativi di servizi in grado di coordinare le risorse umane e finanziarie presenti a livello locale e di collegarsi altresì alle esperienze effettuate a livello europeo;

e) promozione di metodi e strumenti per il controllo di gestione atti a valutare l'efficacia e l'efficienza dei servizi ed i risultati delle azioni previste;

f) definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 4 e 5;

g) istituzione, secondo le modalità definite con legge regionale, sulla base di indicatori oggettivi di qualità, di registri dei soggetti autorizzati all'esercizio delle attività disciplinate dalla presente legge;

h) definizione dei requisiti di qualità per la gestione dei servizi e per la erogazione delle prestazioni;

i) definizione dei criteri per la concessione dei titoli di cui all'articolo 17 da parte dei comuni, secondo i criteri generali adottati in sede nazionale;

l) definizione dei criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni, sulla base dei criteri determinati ai sensi dell'articolo 18, comma 3, lettera g);
m) predisposizione e finanziamento dei piani per la formazione e l'aggiornamento del personale addetto alle attività sociali;
n) determinazione dei criteri per la definizione delle tariffe che i comuni sono tenuti a corrispondere ai soggetti accreditati;
o) esercizio dei poteri sostitutivi, secondo le modalità indicate dalla legge regionale di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nei confronti degli enti locali inadempienti rispetto a quanto stabilito dagli articoli 6, comma 2, lettere a), b) e c), e 19.
4. Fermi restando i princìpi di cui alla legge 7 agosto 1990, n. 241, le regioni disciplinano le procedure amministrative, le modalità per la presentazione dei reclami da parte degli utenti delle prestazioni sociali e l'eventuale istituzione di uffici di tutela degli utenti stessi che assicurino adeguate forme di indipendenza nei confronti degli enti erogatori.
5. La legge regionale di cui all'articolo 132 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, disciplina il trasferimento ai comuni o agli enti locali delle funzioni indicate dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dal decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 9, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 marzo 1993, n. 67. Con la medesima legge, le regioni disciplinano, con le modalità stabilite dall'articolo 3 del citato decreto legislativo n. 112 del 1998, il trasferimento ai comuni e agli enti locali delle risorse umane, finanziarie e patrimoniali per assicurare la copertura degli oneri derivanti dall'esercizio delle funzioni sociali trasferite utilizzate alla data di entrata in vigore della presente legge per l'esercizio delle funzioni stesse.
---
(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

**Nota all’articolo 34**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)

Vedi nota all’articolo 32
---
**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

Vedi nota all’articolo 32

**Nota all’articolo 38**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

Vedi nota all'articolo 32

---

**Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)**
NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517.

**Art. 3 -** *Unità locale socio-sanitaria e Azienda ospedaliera.*
1. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera assicurano ai cittadini le prestazioni previste nei livelli uniformi di assistenza stabiliti dal piano socio-sanitario regionale nel rispetto del piano sanitario nazionale, avvalendosi delle proprie strutture o di quelle previste all'articolo 2 comma 2.
2. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera di cui agli articoli 3 e 4 del decreto legislativo di riordino esercitano l'autonomia aziendale nell'ambito della programmazione regionale socio-sanitaria, delle norme della presente legge e della legge regionale di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.
3. L'Unità locale socio-sanitaria e l'Azienda ospedaliera, in attuazione degli indirizzi stabiliti dal piano socio-sanitario regionale e tenuto conto delle linee di indirizzo espresse dalla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale o dal sindaco qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, elabora il piano generale attuativo triennale.
4. Il piano generale attuativo triennale dell'Unità locale socio-sanitaria recepisce il piano di zona di cui all'articolo 8 comma 2.

---

**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

**Art. 3-quater. -** *Il distretto.*
Vedi nota all'articolo 32

**Art. 3-septies**. - *Integrazione sociosanitaria*.
Vedi nota all'articolo 32

---

**Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (1).**
TESTO UNICO DELLE LEGGI SULL'ORDINAMENTO DEGLI ENTI LOCALI

**Art. 34. -** *Accordi di programma.*

1. Per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di comuni, di province e regioni, di amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici, o comunque di due o più tra i soggetti predetti, il presidente della Regione o il presidente della provincia o il sindaco, in relazione alla competenza primaria o prevalente sull'opera o sugli interventi o sui programmi di intervento, promuove la conclusione di un accordo di programma, anche su richiesta di uno o più dei soggetti interessati, per assicurare il coordinamento delle azioni e per determinarne i tempi, le modalità, il finanziamento ed ogni altro connesso adempimento.
2. L'accordo può prevedere altresì procedimenti di arbitrato, nonché interventi surrogatori di eventuali inadempienze dei soggetti partecipanti.
3. Per verificare la possibilità di concordare l'accordo di programma, il presidente della Regione o il presidente della provincia o il sindaco convoca una conferenza tra i rappresentanti di tutte le amministrazioni interessate.
4. L'accordo, consistente nel consenso unanime del presidente della Regione, del presidente della provincia, dei sindaci e delle altre amministrazioni interessate, è approvato con atto formale del presidente della Regione o del presidente della provincia o del sindaco ed è pubblicato nel bollettino ufficiale della Regione. L'accordo, qualora adottato con decreto del presidente della Regione, produce gli effetti della intesa di cui all'articolo 81 del decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, determinando le eventuali e conseguenti variazioni degli strumenti urbanistici e sostituendo le concessioni edilizie, sempre che vi sia l'assenso del comune interessato.
5. Ove l'accordo comporti variazione degli strumenti urbanistici, l'adesione del sindaco allo stesso deve essere ratificata dal consiglio comunale entro trenta giorni a pena di decadenza.
6. Per l'approvazione di progetti di opere pubbliche comprese nei programmi dell'amministrazione e per le quali siano immediatamente utilizzabili i relativi finanziamenti si procede a norma dei precedenti commi. L'approvazione dell'accordo di programma comporta la dichiarazione di pubblica utilità, indifferibilità ed urgenza delle medesime opere; tale dichiarazione cessa di avere efficacia se le opere non hanno avuto inizio entro tre anni.
7. La vigilanza sull'esecuzione dell'accordo di programma e gli eventuali interventi sostitutivi sono svolti da un collegio presieduto dal presidente della Regione o dal presidente della provincia o dal sindaco e composto da rappresentanti degli enti locali interessati, nonché dal commissario del Governo nella Regione o dal prefetto nella provincia interessata se all'accordo partecipano amministrazioni statali o enti pubblici nazionali.
8. Allorché l'intervento o il programma di intervento comporti il concorso di due o più regioni finitime, la conclusione dell'accordo di programma è promossa dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, a cui spetta convocare la conferenza di cui al comma 3. Il collegio di vigilanza di cui al comma 7 è in tal caso presieduto da un rappresentante della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed è composto dai rappresentanti di tutte le regioni che hanno partecipato all'accordo. La Presidenza del Consiglio dei Ministri esercita le funzioni attribuite dal comma 7 al commissario del Governo ed al prefetto (2).

---

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 settembre 2000, n. 227, S.O.

(2) Il presente articolo corrisponde all'art. 27, legge. 8 giugno 1990, n. 142, ora abrogata.

**Nota all'articolo 41**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (1).**
DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (2).

---
(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, S.O.
(2) Vedi, anche, i commi 282 e 284 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

**Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (1).**
DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2003)

**Art. 54 -** *Livelli essenziali di assistenza.*
1. Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.
2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto.
3. La individuazione di prestazioni che non soddisfano i princìpi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.
---
(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 2002, n. 305, S.O.

**Nota all'articolo 42**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

**Art. 22 -** *Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*
Vedi nota all'articolo 2
---
**Legge 27 dicembre 2002, n. 289 (1).**

DISPOSIZIONI PER LA FORMAZIONE DEL BILANCIO ANNUALE E PLURIENNALE DELLO STATO (LEGGE FINANZIARIA 2003)

**Art. 46** - *Fondo nazionale per le politiche sociali. Finanziamento della federazione maestri del lavoro.*
1. Il fondo nazionale per le politiche sociali di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, e successive modificazioni, è determinato dagli stanziamenti previsti per gli interventi disciplinati dalle disposizioni legislative indicate all'articolo 80, comma 17, della legge 23 dicembre 2000, n. 388, e successive modificazioni, e dagli stanziamenti previsti per gli interventi, comunque finanziati a carico del fondo medesimo, disciplinati da altre disposizioni. Gli stanziamenti affluiscono al fondo senza vincolo di destinazione.
2. Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, provvede annualmente, con propri decreti, alla ripartizione delle risorse del fondo di cui al comma 1 per le finalità legislativamente poste a carico del fondo medesimo, assicurando prioritariamente l'integrale finanziamento degli interventi che costituiscono diritti soggettivi e destinando almeno il 10 per cento di tali risorse a sostegno delle politiche in favore delle famiglie di nuova costituzione, in particolare per l'acquisto della prima casa di abitazione e per il sostegno alla natalità.
3. Nei limiti delle risorse ripartibili del fondo nazionale per le politiche sociali, tenendo conto delle risorse ordinarie destinate alla spesa sociale dalle regioni e dagli enti locali e nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica dal Documento di programmazione economico-finanziaria, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono determinati i livelli essenziali delle prestazioni da garantire su tutto il territorio nazionale(2)

commi da 4 a 6 omessi
---
(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 31 dicembre 2002, n. 305, S.O.
(2) La Corte costituzionale, con sentenza 16-29 dicembre 2004, n. 423 (Gazzetta Ufficiale 5 gennaio 2005, n. 1, 1ª Serie speciale), ha dichiarato non fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 46, commi 2, salvo quanto disposto nel precedente capo a), 3 e 5 sollevate in riferimento agli artt. 117 e 119, della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione, dalle Regioni Umbria ed Emilia-Romagna; ha inoltre dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 46, comma 4, della legge n. 289 del 2002, sollevata in riferimento agli artt. 117 e 119 della Costituzione.
---

**Costituzione 27 dicembre 1947 (1).**
COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA
**Art. 117**

Vedi nota all’articolo 2

**Nota all’articolo 44**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)
**Art. 1 -** *Princìpi generali e finalità.*

Vedi nota all’articolo 1

**Nota all’articolo 45**

**Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 (1).**
DEFINIZIONE DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA (2).

---
(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33, S.O.
(2) Vedi, anche, i commi 282 e 284 dell'art. 1, L. 23 dicembre 2005, n. 266.

**Nota all’articolo 46**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**
RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2)

**Art. 2 -** *Competenze regionali.*

Commi precedenti omessi.
2-sexies. La regione disciplina altresì:
a) l'articolazione del territorio regionale in unità sanitarie locali, le quali assicurano attraverso servizi direttamente gestiti l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, salvo quanto previsto dal presente decreto per quanto attiene alle aziende ospedaliere di rilievo nazionale e interregionale e alle altre strutture pubbliche e private accreditate;
b) i princìpi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis;
c) la definizione dei criteri per l'articolazione delle unità sanitarie locali in distretti, da parte dell'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione;
d) il finanziamento delle unità sanitarie locali, sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente con criteri

coerenti con quelli indicati all'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;
e) le modalità di vigilanza e di controllo, da parte della regione medesima, sulle unità sanitarie locali, nonché di valutazione dei risultati delle stesse, prevedendo in quest'ultimo caso forme e modalità di partecipazione della Conferenza dei sindaci;
f) l'organizzazione e il funzionamento delle attività di cui all'articolo 19-bis, comma 3, in raccordo e cooperazione con la Commissione nazionale di cui al medesimo articolo;
g) fermo restando il generale divieto di indebitamento, la possibilità per le unità sanitarie locali di:
1) anticipazione, da parte del tesoriere, nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore dei ricavi, inclusi i trasferimenti, iscritti nel bilancio preventivo annuale;
2) contrazione di mutui e accensione di altre forme di credito, di durata non superiore a dieci anni, per il finanziamento di spese di investimento e previa autorizzazione regionale, fino a un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, a esclusione della quota di fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla regione;
h) le modalità con cui le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell'articolo 2, comma 1, lettera l), della legge 30 novembre 1998, n. 419 (3).

Commi 2 septies e 2 opties omessi.

---

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
(2)Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
(3) Comma aggiunto dall'art. 2, decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).

---

**Legge 30 novembre 1998, n. 419 (1).**
DELEGA AL GOVERNO PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E PER L'ADOZIONE DI UN TESTO UNICO IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. MODIFICHE AL D.LGS. 30 DICEMBRE 1992, N. 502 .

**Art. 2 -** *Princìpi e criteri direttivi di delega.*

lettere da lettera a) a lettera i ) del comma 1 omesse

1. Nell'emanazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 1, il Governo si atterrà ai seguenti princìpi e criteri direttivi:

l) potenziare il ruolo dei comuni nei procedimenti di programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale, anche con la costituzione di un apposito organismo a livello regionale, nonché nei procedimenti di valutazione dei risultati delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere; prevedere la facoltà dei comuni di assicurare, in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e assegnando risorse proprie, livelli di assistenza aggiuntivi rispetto a quelli garantiti dalla stessa programmazione, pur restando esclusi i comuni stessi da funzioni e responsabilità di gestione diretta del Servizio sanitario nazionale (4);

lettere da lettera m) a lettera rr) e comma 2 omessi…….

---

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 7 dicembre 1998, n. 286.
(2) La Corte costituzionale, con sentenza 20 novembre - 4 dicembre 2002, n. 510 (Gazz. Uff. 11 dicembre 2002, n. 49, serie speciale), ha dichiarato inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli articoli 1, 2, comma 1, lettere b), c), l), u), aa), bb), hh), ii), ll), mm), oo), 3, comma 2, e 6, sollevate in riferimento agli articoli 3, 5, 41, 73, 76, 97, 115, 117, 118, 119 e 123 della Costituzione, nonché agli articoli 8, numeri 1 e 29, 9, numero 10, e 16 del D.P.R. 31 agosto 1972, n. 670.

---

**Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)**

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517.

**Art. 5 -** *Comuni.*

Commi da 1 a 6 omessi

7. Spetta al sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o alla rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni di riferimento territoriale, in ordine alle rispettive Unità locali socio-sanitarie di riferimento:
a) formulare le osservazioni sulla proposta di piano socio-sanitario regionale con le modalità di cui all'articolo 2 comma 4;
b) provvedere alla definizione, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Unità locale socio-sanitaria;
c) provvedere alla elaborazione dei piani di zona dei servizi sociali di cui all'articolo 8, comma 2;
d) esaminare il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio;
e) verificare l'andamento generale dell'attività dell'Unità locale socio-sanitaria e trasmettere le proprie valutazioni e proposte all'Unità locale socio-sanitaria ed alla Regione.

e bis) nell’ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla Giunta regionale e degli indirizzi specifici impartiti dall’esecutivo della stessa conferenza, esprimere parere obbligatorio, entro trenta giorni dalla sua trasmissione, sul piano attuativo locale disposto dai direttori generali;
e ter) esprimere, attraverso l’esecutivo, per le aziende ULSS, il parere previsto dall’articolo 3 bis, comma 6, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni;
e quater) limitatamente ai casi previsti dall’articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992, chiedere, per le aziende ULSS, alla Regione di revocare il direttore generale o di non disporne la conferma;
e quinquies) deliberare l’adozione dei provvedimenti in base ai quali le aziende ULSS e le aziende ospedaliere assicurano le prestazioni e i servizi contemplati dai livelli aggiuntivi di assistenza finanziati dai comuni ai sensi dell’articolo 2, comma 1 lettera l) della legge 30 novembre 1998, n. 419 concernente la delega al Governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, previo parere favorevole della Giunta regionale che lo esprime in base alla verifica della congruità degli specifici finanziamenti a ciò destinati dagli stessi comuni e della compatibilità con gli obiettivi generali della programmazione regionale. (1) (2)

commi da 8 a 8quater omessi

---

(1) Lettere e bis), e ter), e quater), e quinquies) aggiunte da comma 2 art. 119 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 .
(2) Art. 121 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 stabilisce che la Giunta regionale nell'approvare i criteri ed i principi per l'adozione da parte delle ULSS dell'atto aziendale determini anche le modalità di partecipazione dei comuni alla programmazione locale socio-sanitaria.

**Nota all’articolo 47**

**Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109 (1).**

DEFINIZIONI DI CRITERI UNIFICATI DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA DEI SOGGETTI CHE RICHIEDONO PRESTAZIONI SOCIALI AGEVOLATE, A NORMA DELL'ARTICOLO 59, COMMA 51, DELLA L. 27 DICEMBRE 1997, N. 449

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 aprile 1998, n. 90.

**Nota all’articolo 49**

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

**Art. 130 -** *Funzioni dei Comuni.*
1. Fatto salvo quanto previsto dal comma 1 dell'articolo 131 in attuazione dell'articolo 131 del decreto legislativo n. 112/1998, nonché del decreto legislativo n. 267/2000, è attribuita ai comuni la generalità delle funzioni e dei compiti relativi all'erogazione dei servizi e delle prestazioni sociali ed in particolare di quelli relativi alle materie indicate alle lettere a), b), c), d) ,e), f), e g), comma 1 dell'articolo 132 del decreto legislativo n. 112/1998, nonché di quelle previste dall'articolo 6 della legge n.328/2000 ad eccezione delle funzioni attribuite alle ULSS dall'articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. (1)
2. In attuazione dell'atto d'indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3 septies, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni la Giunta regionale definisce le prestazioni sociosanitarie di specifica competenza dei comuni.
3. Allo scopo di perseguire pienamente l'integrazione sociosanitaria, la Giunta regionale promuove la delega da parte dei comuni alle ULSS anche mediante l'utilizzo delle risorse nel fondo sociale regionale, delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria di cui al comma 2 lettera b) dell'articolo 3 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni nonché della gestione dei servizi sociali.
4. Nelle materie proprie o conferite i comuni svolgono funzioni e compiti di programmazione e di gestione nonché esercitano poteri di iniziativa e di proposta. Nelle stesse materie svolgono funzioni di promozione e di coordinamento operativo dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della legge n. 328/2000 con i quali, per la realizzazione e la gestione della rete dei servizi sociali, possono concludere accordi e programmi nonché stipulare convenzioni nel rispetto delle norme vigenti.
5. I comuni, per quanto di loro competenza, esercitano poteri di controllo e di vigilanza sui servizi sociali secondo la disciplina adottata in merito dalla Regione ai sensi del comma 2 dell'articolo 6 della legge n. 328/2000

**Art. 133 -** *Fondo regionale per le politiche sociali.*
1. Nel bilancio regionale in sostituzione del fondo di cui all'articolo 15 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 e successive modificazioni, è istituito il Fondo regionale per le politiche sociali di seguito chiamato fondo sociale, per il conseguimento delle finalità del presente capo e, in particolare, degli obiettivi di programmazione regionale in materia di servizi sociali e di educazione alla socialità.
2. Confluiscono in tale fondo sociale:
a) le risorse destinate dallo Stato alla Regione in materia di servizi sociali, anche per l'esercizio di nuove funzioni trasferite, attribuite o delegate;
b) le risorse regionali per il conseguimento delle finalità del presente capo.
3. Il fondo sociale è ripartito dalla Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare in attuazione delle disposizioni contenute nel bilancio di previsione regionale secondo i seguenti criteri:
a) finanziamento di iniziative di interesse regionale svolte a livello unitario dirette sia ad attività istituzionali che ad attività progettuali, nonché di iniziative regionali concernenti studi e ricerche sui fenomeni sociali, strumenti di divulgazione e momenti di confronto, informazione e formazione;

b) sostegno e promozione dell'erogazione dei servizi sociali, svolti dai comuni in forma associata nell'ambito della programmazione regionale e dei piani di zona e con gli strumenti in esso previsti;
c) sostegno e promozione di servizi sociali d'interesse locale delegati alle ULSS dagli enti locali in forma associata in attuazione della programmazione regionale e delle disposizioni previste nei piani di zona;
d) sostegno e promozione delle iniziative in materia di servizi sociali svolte nell'ambito della programmazione regionale da soggetti pubblici attraverso le forme associative e di cooperazione previste dalla normativa vigente;
e) finanziamento di funzioni amministrative d'interesse regionale conferite dalla Regione agli enti locali e alle ULSS;
f) sostegno e promozione delle iniziative svolte dagli enti locali nella realizzazione della rete dei servizi sociali con la partecipazione dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della legge n.328/2000;
g) sostegno e promozione delle iniziative volte alla soluzione di situazioni di emergenza sociale;
h) sostegno e promozione delle iniziative volte alla soluzione di problematiche sociali con modalità e strumenti innovativi;
i) sostegno di iniziative a tutela dei minori.
4. Il fondo sociale regionale è comunque strumentale alle attività istituzionali regionali e viene ripartito secondo i criteri di cui al comma 3.
5. Ogni disposizione in contrasto con i criteri di ripartizione del fondo sociale indicati nel presente articolo si intende implicitamente abrogata.

(1) Comma modificato da comma 2 art. 34 legge regionale 17 gennaio 2002, n. 2 .
---

**Legge regionale 23 aprile 1990, n. 32 (BUR n. 32/1990)**
DISCIPLINA DEGLI INTERVENTI REGIONALI PER I SERVIZI EDUCATIVI ALLA PRIMA INFANZIA: ASILI NIDO E SERVIZI INNOVATIVI.

**Legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 (BUR n. 57/1982)**
NORME PER L'ESERCIZIO DELLE FUNZIONI IN MATERIA DI ASSISTENZA SOCIALE. (1) (2) (3)

**Art. 5 -** *(Funzioni e gestione).*
1. Le funzioni relative ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sono esercitate dai comuni, dalle comunità montane e dalle unità locali socio-sanitarie (ULSS).
2. Alle unità locali socio-sanitarie è attribuita la gestione obbligatoria nei limiti fissati dai livelli uniformi di assistenza, delle seguenti funzioni:
a) prevenzione, assistenza, riabilitazione, inserimento, informazione, sostegno e ricovero delle persone handicappate;
b) prevenzione, assistenza, recupero, informazione, sostegno e reinserimento sociale di tossicodipendenti;
c) attività consultoriali familiari.
3. Sono di competenza dei comuni o delle comunità montane le funzioni socio-assistenziali relative ad ogni servizio socio-assistenziale di interesse locale,

esercitato sia in forma residenziale che semi-residenziale, aperta o domiciliare, compresa l'erogazione di interventi economici complementari. (4)

---

(1) Con sentenza n 277/1995 la Corte Costituzionale ha ritenuto non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 15.
(2) L'art. 17 della legge regionale 2 aprile 1985, n. 31 ha inserito gli <<svantaggiati>> e i <<portatori di handicaps>>, fra i destinatari della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 .
(3) Disposizioni integrative in materia di servizi sociali sono state dettate dalla Sezione II "Servizi sociali e integrazione socio sanitaria" del Titolo IV, Servizi alle persone e alla comunità, articoli da 124 a 134 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 .
(4) Articolo così sostituito da art. 4 legge regionale 29 gennaio 1996, n. 3 .

**Nota all'articolo 58**

**Legge 27 maggio 1991, n. 176 (1).**

RATIFICA ED ESECUZIONE DELLA CONVENZIONE SUI DIRITTI DEL FANCIULLO, FATTA A NEW YORK IL 20 NOVEMBRE 1989 (2)

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 11 giugno 1991, n. 135, S.O.
(2) Si riporta soltanto il testo della traduzione non ufficiale. Vedi, anche, i protocolli opzionali alla presente convenzione resi esecutivi con L. 11 marzo 2002, n. 46.

---

**Legge 28 agosto 1997, n. 285 (1).**
DISPOSIZIONI PER LA PROMOZIONE DI DIRITTI E DI OPPORTUNITÀ PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 5 settembre 1997, n. 207.

**Nota all'articolo 59**

**Legge 28 agosto 1997, n. 285 (1).**
DISPOSIZIONI PER LA PROMOZIONE DI DIRITTI E DI OPPORTUNITÀ PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

**Art. 1 -** *Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.*
1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza, privilegiando l'ambiente ad esse più confacente ovvero la famiglia naturale, adottiva o affidataria, in attuazione dei princìpi della

Convenzione sui diritti del fanciullo resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176 , e degli articoli 1 e 5 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 .
2. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Una quota pari al 30 per cento delle risorse del Fondo è riservata al, finanziamento di interventi da realizzare nei comuni di Venezia, Milano, Torino, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Brindisi, Taranto, Reggio Calabria, Catania, Palermo e Cagliari. La ripartizione del Fondo e della quota riservata avviene, per il 50 per cento, sulla base dell'ultima rilevazione della popolazione minorile effettuata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) e per il 50 per cento secondo i seguenti criteri:
a) carenza di strutture per la prima infanzia secondo le indicazioni del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia della Presidenza del Consiglio dei ministri;
b) numero di minori presenti in presìdi residenziali socio-assistenziali in base all'ultima rilevazione dell'ISTAT;
c) percentuale di dispersione scolastica nella scuola dell'obbligo come accertata dal Ministero della pubblica istruzione;
d) percentuale di famiglie con figli minori che vivono al di sotto della soglia di povertà così come stimata dall'ISTAT;
e) incidenza percentuale del coinvolgimento di minori in attività criminose come accertata dalla Direzione generale dei servizi civili del Ministero dell'interno, nonché dall'Ufficio centrale per la giustizia minorile del Ministero di grazia e giustizia (2).
3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto emanato di concerto con i Ministri dell'interno, del tesoro, di grazia e giustizia e con il Ministro per le pari opportunità, sentite la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nonché le Commissioni parlamentari competenti, provvede alla ripartizione delle quote del Fondo tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e di quelle riservate ai comuni, ai sensi del comma 2 (3).
4. Per il finanziamento del Fondo è autorizzata la spesa di lire 117 miliardi per l'anno 1997 e di lire 312 miliardi a decorrere dall'anno 1998 (4).
---
(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 5 settembre 1997, n. 207.
(2) Vedi, anche, l'art. 80, comma 16, legge 23 dicembre 2000, n. 388.
(3) Con D.M. 2 dicembre 1997 (Gazzetta Ufficiale 3 febbraio 1998, n. 27) e con D.M. 28 luglio 2000 (Gazzetta Ufficiale 21 novembre 2000, n. 272) si è provveduto alla ripartizione delle quote del fondo di cui al presente comma.
(4) Vedi, anche, il comma 1258 dell'art. 1, legge. 27 dicembre 2006, n. 296.

**Nota all’articolo 60**

**Legge 28 agosto 1997, n. 285.**
DISPOSIZIONI PER LA PROMOZIONE DI DIRITTI E DI OPPORTUNITÀ PER L'INFANZIA E L'ADOLESCENZA

**Art. 2 -** *Ambiti territoriali di intervento.*
1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, definiscono, sentiti gli enti locali, ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 giugno 1990, n. 142 , ogni tre anni, gli ambiti territoriali di intervento tenuto conto della presenza dei comuni commissariati ai sensi dell'articolo 15-bis della legge 19 marzo 1990, n. 55 , e successive modificazioni, e procedono al riparto economico delle risorse al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Possono essere individuati, quali ambiti territoriali di intervento, comuni, comuni associati ai sensi degli articoli 24, 25 e 26 della legge 8 giugno 1990, n. 142 , comunità montane e province.
2. Gli enti locali ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui al comma 1, mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'articolo 27 della legge 8 giugno 1990, n. 142 , cui partecipano, in particolare, i provveditorati agli studi, le aziende sanitarie locali e i centri per la giustizia minorile, approvano piani territoriali di intervento della durata massima di un triennio, articolati in progetti immediatamente esecutivi, nonché il relativo piano economico e la prevista copertura finanziaria. Gli enti locali assicurano la partecipazione delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale nella definizione dei piani di intervento. I piani di intervento sono trasmessi alle regioni, che provvedono all'approvazione ed alla emanazione della relativa delibera di finanziamento a valere sulle quote del Fondo di cui all'articolo 1 ad esse attribuite ai sensi del medesimo articolo 1, comma 3, nei limiti delle disponibilità assegnate ad ogni ambito territoriale, entro i successivi sessanta giorni. Le regioni possono impiegare una quota non superiore al 5 per cento delle risorse loro attribuite per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per l'infanzia e per l'adolescenza.
3. Le regioni possono istituire fondi regionali per il finanziamento dei piani di intervento ad integrazione delle quote di competenza regionale del Fondo di cui all'articolo 1, nonché di interventi non finanziati dallo stesso Fondo.
---

**Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267 (1).**
TESTO UNICO DELLE LEGGI SULL'ORDINAMENTO DEGLI ENTI LOCALI

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 28 settembre 2000, n. 227, S.O.

**Nota all’articolo 64**

**Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 (BUR n. 82/2002)**
AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

**Nota all’articolo 67**

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA .(1)

**Art. 2**
La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

**Art. 3**
Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso (2), di razza, di lingua, di religione (3), di opinioni politiche (4), di condizioni personali e sociali.
È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

**Art. 29**
La Repubblica riconosce i diritti della famiglia come società naturale fondata sul matrimonio.
Il matrimonio è ordinato sull'eguaglianza morale e giuridica dei coniugi, con i limiti stabiliti dalla legge a garanzia dell'unità familiare.

**Art. 30**
È dovere e diritto dei genitori mantenere istruire ed educare i figli, anche se nati fuori del matrimonio.
Nei casi di incapacità dei genitori, la legge provvede a che siano assolti i loro compiti.
La legge assicura ai figli nati fuori dal matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i diritti dei membri della famiglia legittima.
La legge detta le norme e i limiti per la ricerca della paternità.

**Art. 31**
La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi con particolare riguardo alle famiglie numerose.
Protegge la maternità e l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo (5).

**Art. 37**
La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale e adeguata protezione.
La legge stabilisce il limite minimo di età per il lavoro salariato.
La Repubblica tutela il lavoro dei minori con speciali norme e garantisce ad essi, a parità di lavoro, il diritto alla parità di retribuzione (6).

**Art. 38**

Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.
I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi, adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria.
Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.
Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.
L'assistenza privata è libera.

**Art. 47**
La Repubblica incoraggia e tutela il risparmio in tutte le sue forme; disciplina, coordina e controlla l'esercizio del credito.
Favorisce l'accesso del risparmio popolare alla proprietà dell'abitazione, alla proprietà diretta coltivatrice e al diretto e indiretto investimento azionario nei grandi complessi produttivi del Paese.

(1) La Costituzione fu approvata dall'Assemblea Costituente il 22 dicembre 1947, promulgata dal Capo provvisorio dello Stato il 27 dicembre 1947, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 27 dicembre 1947, n. 298, ediz. straord., ed entrò in vigore il 1° gennaio 1948. Vedi XVIII disp. trans. fin., comma primo.
---

**Legge 22 maggio 1971, n. 340**
STATUTO DELLA REGIONE VENETO (1)

**Articolo 4**
A questi fini la Regione veneta esercita i propri poteri:
- per rendere effettivo l'esercizio del diritto allo studio, al lavoro e alla sicurezza sociale, e dei diritti della famiglia;
- per rendere effettiva la parità sociale della donna;
- per determinare l'assetto sociale ed economico del territorio, rispettandone le caratteristiche naturali e promuovendone la piena valorizzazione, con particolare riguardo alle aree depresse, alle zone e comunità montane, e per eliminare le cause dell'emigrazione;
- per predisporre e attuare piani per la difesa del suolo, la regolazione delle acque, la loro razionale distribuzione e la bonifica delle terre;
- per risanare e salvaguardare gli ambienti naturali e umani nel loro insieme, con una politica ecologica intesa a prevenire ed eliminare le cause di inquinamento dell'aria, delle acque e del suolo;
- per garantire la conservazione e il ripristino del patrimonio ambientale, storico e artistico del Veneto e di Venezia;
- per promuovere la piena occupazione dei lavoratori, nella tutela dell'esercizio dei loro diritti, e assicurarne la formazione e la riqualificazione professionale;
- per realizzare lo sviluppo dell'agricoltura, della pesca, dell'artigianato, delle attività industriali, commerciali e turistiche;
- per promuovere nei vari settori dell'economia il metodo della cooperazione a carattere di mutualità e senza fini di speculazione;

- per instaurare equi rapporti economici e sociali nelle campagne, favorendo l'azienda familiare, la proprietà coltivatrice diretta singola e associata, e la professionalità agricola;
- per garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all'abitazione, alla scuola, alla tutela della salute, ai trasporti, alle attrezzature sportive;
- per assicurare la funzione sociale della proprietà privata nello spirito degli articoli 42 e 43 della Costituzione;
- per svolgere una politica intesa a promuovere le attività culturali e la ricerca scientifica e tecnologica.

---

(1) Lo Statuto è riprodotto nel testo approvato con legge 22 maggio 1971, n. 340. Nella lettura vanno peraltro tenuti presenti gli effetti derivanti dalle modifiche recate al Titolo V della parte seconda della Costituzione dalle leggi costituzionali 22 novembre 1999, n. 1 e 18 ottobre 2001, n. 3.

**Nota all'articolo 72**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

---

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.

**Legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 (BUR n. 35/2001)**
CONFERIMENTO DI FUNZIONI E COMPITI AMMINISTRATIVI ALLE AUTONOMIE LOCALI IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 31 MARZO 1998, N. 112

**Art. 113 -** *Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.*
Vedi nota all'articolo 21

**Nota all'articolo 73**

**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**
LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.

**Art. 14 -** *Progetti individuali per le persone disabili.*
1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'àmbito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i

comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.
2. Nell'àmbito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e al1'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.
3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei princìpi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

**Art. 15 -** *Sostegno domiciliare per le persone anziane non autosufficienti.*
1. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, per le patologie acute e croniche, particolarmente per i soggetti non autosufficienti, nell'àmbito del Fondo nazionale per le politiche sociali il Ministro per la solidarietà sociale, con proprio decreto, emanato di concerto con i Ministri della sanità e per le pari opportunità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, determina annualmente la quota da riservare ai servizi a favore delle persone anziane non autosufficienti, per favorirne l'autonomia e sostenere il nucleo familiare nell'assistenza domiciliare alle persone anziane che ne fanno richiesta.
2. Il Ministro per la solidarietà sociale, con il medesimo decreto di cui al comma 1, stabilisce annualmente le modalità di ripartizione dei finanziamenti in base a criteri ponderati per quantità di popolazione, classi di età e incidenza degli anziani, valutando altresì la posizione delle regioni e delle province autonome in rapporto ad indicatori nazionali di non autosufficienza e di reddito. In sede di prima applicazione della presente legge, il decreto di cui al comma 1 è emanato entro novanta giorni dalla data della sua entrata in vigore.
3. Una quota dei finanziamenti di cui al comma 1 è riservata ad investimenti e progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare secondo gli indirizzi indicati dalla presente legge. In sede di prima applicazione della presente legge le risorse individuate ai sensi del comma 1 sono finalizzate al potenziamento delle attività di assistenza domiciliare integrata.
4. Entro il 30 giugno di ogni anno le regioni destinatarie dei finanziamenti di cui al comma 1 trasmettono una relazione al Ministro per la solidarietà sociale e al Ministro della sanità in cui espongono lo stato di attuazione degli interventi e gli obiettivi conseguiti nelle attività svolte ai sensi del presente articolo, formulando anche eventuali proposte per interventi innovativi. Qualora una o più regioni non provvedano all'impegno contabile delle quote di competenza entro i tempi indicati nel riparto di cui al comma 2, il Ministro per la solidarietà sociale, di concerto con

il Ministro della sanità, sentita la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n 281, provvede alla rideterminazione e riassegnazione dei finanziamenti alle regioni.