

D'INIZIATIVA DELLA GIUNTA REGIONALE

NORME GENERALI SULL'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Oggetto consiliare n. 5373
R<BS>ELAZIONE

Relazione Illustrativa

Il Progetto di legge definisce le norme generali relative alla organizzazione e al funzionamento del Servizio sanitario regionale che la Regione Emilia-Romagna adotta in attuazione della riforma del Titolo V della Costituzione e nell'esercizio della autonomia conferitale (v. anche Corte Cost. sent. n. 510/2002).

La legge non deve quindi essere intesa come una sorta di testo unico delle leggi di interesse sanitario della Regione, ma costituisce piuttosto un provvedimento volto ad intervenire selettivamente nelle aree su cui la nuova autonomia regionale incide maggiormente, allo scopo di consolidare a livello regionale gli attuali principi fondamentali di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale e al tempo stesso, di introdurre elementi di innovazione sia nel governo e nella gestione del Servizio sanitario regionale sia nelle sue relazioni istituzionali con gli Enti locali, le Università' e le Fondazioni di cui al DLgs 17 maggio 1999, n. 153.

Il Progetto di legge deve quindi essere inserito nel contesto della legislazione regionale vigente, con particolare riferimento alla legge regionale in attuazione del cosiddetto "federalismo amministrativo" ed alla L.R. 11/00, adottata a seguito della emanazione del DLgs 229/99, a modifica e integrazione del DLgs 502/92, intervenute a loro volta a modificare la L.R. 12 maggio 1994, n. 19, nonché alla recente L.R. 13 marzo 2003, n. 2 per la riforma dell'assistenza.

L'art. 1 (Principi) enuncia i principi che definiscono gli obiettivi e regolano il funzionamento del Servizio sanitario della Regione Emilia-Romagna (indicato di seguito come SSR), in quanto parte del Servizio sanitario nazionale. Anche al fine di sottolineare l'interdipendenza fra SSR e SSN, sono richiamati esplicitamente gli articoli 1 e 2 della Legge 833/78, istitutiva del SSN, sia direttamente, sia come sono stati successivamente specificati ed ampliati dal DLgs 229/99.

I principi cui si ispira il SSR comprendono la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, che si esprime attraverso la partecipazione alla definizione delle prestazioni e alla organizzazione dei servizi e si manifesta con la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, a livello individuale e collettivo. Sono poi indicati i principi fondamentali del SSN, relativi a universalismo egualitario, globalità della copertura, secondo quanto definito dai livelli essenziali ed uniformi di assistenza, finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, e portabilità dei diritti. Sono quindi enunciati i principi della sussidiarietà orizzontale e delle responsabilità individuali e collettive per stili di vita e ambienti di vita e di lavoro sani, nonché la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori del SSR, da un lato attraverso la loro partecipazione ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza, e dall'altro attraverso lo sviluppo delle attività di ricerca, di formazione e di innovazione. Il principio della libera scelta per tutti i cittadini del luogo di cura discende e dipende dai principi

di universalismo ed equita' di accesso, estesi a tutte le persone presenti nel territorio regionale, ampliando la tutela della salute assicurata dalle persone migranti e promuovendo la portabilita' fra regioni dei diritti riconosciuti a tutti i cittadini italiani.

L'art. 2 (Organizzazione) attribuisce alla Regione la responsabilita' di garantire i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, attraverso le Aziende sanitarie, le Aziende ospedaliero-universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. In particolare, il comma 1 individua le USL, costituite in aziende, come l'assetto organizzativo proprio del SSR, rappresentando invece le Aziende ospedaliere, ospedaliero-universitarie e gli IRCCS come assetti organizzativi speciali, motivati da specifiche esigenze assistenziali, di didattica o di ricerca. A questo proposito, la legge detta nuove e piu' puntuali norme per il riconoscimento di aziende ospedaliere, prevedendo che esse possano essere istituite dalla Regione esclusivamente per precipe esigenze di natura assistenziale, didattica o di ricerca, in base a due criteri specifici, relativi alla peculiare complessita' della casistica trattata per effetto di un elevato grado di specializzazione dell'attivita' ed al ruolo di ospedale di riferimento per programmi a valenza regionale, specificamente previsti dal Piano sanitario regionale.

I principi di organizzazione del SSR prevedono il dovere di ciascuna azienda sanitaria e del SSR nel suo complesso di offrire prestazioni e servizi di elevata qualita' tecnica, professionale e relazionale (il cosiddetto "obbligo di qualita'"). Questo dovere si esprime a livello generale di sistema, attraverso l'accreditamento istituzionale e gli accordi contrattuali (come specificati al comma 3 dello stesso articolo) e a livello aziendale attraverso il governo clinico, che comporta la partecipazione degli operatori alla elaborazione delle strategie aziendali, alla organizzazione dei servizi ed alla revisione continua e sistematica delle qualita' dei servizi e della appropriatezza delle prestazioni. Questa attivita' trova espressione istituzionale nel Collegio di Direzione, che il successivo articolo, relativo alla organizzazione interna delle aziende sanitarie, eleva al rango di organo aziendale.

Si afferma inoltre l'obbligo di trasparenza e di partecipazione delle Aziende secondo quanto previsto dalla Carta dei servizi e dall'Atto aziendale, per favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali dei cittadini, degli utenti e delle loro organizzazioni. Analoga partecipazione e' prevista per gli operatori, nell'ambito dei programmi di valorizzazione delle risorse umane. Costituisce inoltre principio del SSR la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello locale e regionale attraverso, rispettivamente, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e il Comitato di distretto (i cui poteri sono rafforzati dall'articolo 5 della Legge, specificatamente dedicato alle relazioni con gli Enti locali) e, a livello regionale, la Commissione Regione-Autonomie locali.

Il comma 4 attribuisce alla Regione il coordinamento delle autonomie istituzionali presenti nel territorio regionale limitatamente agli aspetti attinenti all'organizzazione e al funzionamento del SSR. La formulazione ricalca un punto gia' presente nella legge regionale di attuazione del federalismo amministrativo e riguarda la collaborazione della Regione con le Universita' per quella parte dell'attivita' che e' sinergica con l'organizzazione ed il funzionamento del SSR. Il comma 5 enuncia infine l'impegno della Regione all'autocoordinamento fra le Regioni e alla leale collaborazione con lo Stato e nei rapporti con la Unione Europea.

L'art. 3 (Organizzazione e finanziamento delle Aziende sanitarie) dispone al primo comma che l'organizzazione interna delle aziende sia disciplinata dall'atto aziendale, adottato in base agli indirizzi previsti dall'art. 4

della L.R. 11/00, che modifica la L.R. 19/94, in attuazione del DLgs 229/99. I soli vincoli imposti all'atto di autoorganizzazione delle Aziende sono il loro esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione, la organizzazione in dipartimenti e la articolazione in distretti. Pertanto, il disegno di legge valorizza l'autonomia delle Aziende sanitarie rispetto ai propri assetti organizzativi interni, rafforzando contemporaneamente la loro integrazione nel sistema regionale. Per quanto riguarda gli organi aziendali, (comma 4), l'elemento innovativo consiste nell'attribuire al Collegio di Direzione (composto dai responsabili delle principali strutture aziendali, quali direttori di dipartimento, capi distretto, responsabili dei servizi infermieristici e tecnici ecc.) il rango di organo dell'azienda, al pari del Direttore generale e del Collegio sindacale. La rilevanza istituzionale attribuita al Collegio di Direzione riflette la scelta di valorizzare la partecipazione ed il contributo degli operatori al governo aziendale, cui si richiama anche il principio della partecipazione organizzativa posto alla base dell'organizzazione delle aziende (comma 7). Le funzioni di proposta per l'elaborazione delle strategie aziendali attribuite al Collegio di direzione sono definite con particolare riguardo ai settori dello sviluppo organizzativo dei servizi, della formazione permanente, della ricerca e della innovazione. Inoltre, l'atto aziendale assunto in base alle direttive regionali previste dalla L.R. 11/99 assicura la partecipazione del Collegio alla organizzazione del programma aziendale di formazione permanente e dell'attività libero professionale intramoenia.

I commi 2 e 6 confermano rispettivamente le attuali modalità di finanziamento delle Aziende USL attraverso il riparto per quota capitaria ponderata del Fondo sanitario regionale e di remunerazione delle aziende ospedaliere attraverso accordi contrattuali con le Aziende USL interessate, fatto salvo il finanziamento di funzioni specifiche.

Il comma 5 disciplina l'organizzazione interna di IRCCS, Aziende ospedaliere ed ospedaliero-universitarie in analogia a quella delle Aziende USL. L'assetto degli IRCCS ed il loro rapporto con il sistema nazionale ed internazionale della ricerca e con la programmazione regionale relativa alle attività assistenziali sono ripresi e più ampiamente sviluppati all'art. 10.

L'art. 4 (Distretti) qualifica i distretti come articolazioni territoriali del governo aziendale con le due funzioni primarie di garantire l'accesso ai servizi delle cure primarie e di sviluppare la analisi delle necessità assistenziali e la elaborazione dei piani di intervento, in collaborazione con il Comitato di Distretto (comma 1). Spetta ai distretti in particolare l'attuazione del Piano delle attività territoriali, garantendo l'autosufficienza nei servizi di assistenza primaria e la integrazione socio-sanitaria. La legge prevede l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria dei distretti entro il vincolo delle risorse assegnate (comma 2), ed istituisce una loro contabilità separata entro il bilancio aziendale, prevedendo inoltre che l'atto aziendale individui le forme di integrazione e di collaborazione fra il distretto ed i Dipartimenti di sanità pubblica e salute mentale (comma 3).

L'art. 5 (Relazioni fra aziende sanitarie ed Enti locali) definisce il nuovo e più ampio ruolo degli Enti locali nel governo delle aziende sanitarie e dei loro distretti, mantenendo tutte le responsabilità di gestione all'Azienda. Il comma 1 attribuisce alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, prevista dalla L.R. 2/03 di riforma dell'assistenza il potere di esprimere parere sulla nomina, mantenuta in capo alla Regione, del Direttore generale, e le conferisce potere di iniziativa nell'avviare la verifica del Direttore generale, anche al fine della revoca del suo incarico. La Conferenza promuove inoltre la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei Piani attuativi locali (PAL) (comma 2). Al fine di potenziare l'esercizio operativo dei poteri di indirizzo e di controllo nei confronti

dell'Azienda, puo' istituire un apposito strumento tecnico di supporto, utilizzando anche risorse dell'Azienda (comma 4).

Alla Conferenza e' attribuito il compito di individuare i distretti, d'intesa con il Direttore generale; di garantire l'equa distribuzione delle risorse umane e finanziarie fra i diversi ambiti territoriali, in rapporto al fabbisogno assistenziale ed in funzione degli obiettivi di salute della popolazione (comma 3). Il Comitato di distretto, (composto dai Sindaci dei Comuni facenti parte del distretto e, ove previsto dalla legge, dai presidenti di circoscrizione) esprime parere sul Programma delle attivita' distrettuali, e per quanto riguarda le attivita' sociosanitarie, la propria intesa (comma 5). Infine, il Comitato di distretto concorre alla nomina del Direttore di distretto da parte del Direttore generale, esprimendo la sua intesa e ne puo' chiedere la revoca (comma 7).

L'art. 6 (Bilancio e patrimonio) apporta numerose innovazioni relative agli strumenti contabili e alle procedure di verifica e controllo dei bilanci aziendali (commi 1 e 2), all'utilizzo del patrimonio delle aziende (comma 3) e al governo del loro indebitamento (comma 4). I primi due commi prevedono che il bilancio di esercizio sia sottoposto a revisione contabile e che gli strumenti contabili evidenzino l'impiego delle risorse in ragione dei livelli essenziali di assistenza, istituendo inoltre il "bilancio di missione" delle Aziende sanitarie, in cui le Aziende danno conto dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi loro assegnati dalla Regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria. Questi provvedimenti perseguono l'obiettivo di certificare i bilanci delle aziende e di favorire la trasparenza riguardo al raggiungimento dei loro fini istituzionali, facilitando l'esercizio delle funzioni di indirizzo e di controllo da parte della Conferenza e della Regione. Inoltre, il progetto di legge inserisce la competente Commissione consiliare nel percorso di determinazione del finanziamento e degli obiettivi aziendali e di approvazione dei loro bilanci attraverso la espressione di un parere, reso piu' cogente dalla imposizione del termine puntuale relativo al 30 aprile di ogni anno. Al fine di aumentare il potere di controllo del Consiglio, e' inoltre prevista annualmente una puntuale e dettagliata relazione della Giunta sullo stato del Servizio sanitario regionale.

Il comma 3 dichiara l'indisponibilita' del patrimonio delle Aziende destinato al perseguimento dei loro fini istituzionali, richiamando una norma gia' presente nel DLgs 229/99, allo scopo di contrastare eventuali processi di privatizzazione del SSR. Rispetto a questo generale divieto, le sperimentazioni gestionali relative a forme di collaborazione pubblico-privato nel settore dei Servizi sanitari e dei Servizi socio-sanitari (art. 7) costituiscono possibili eccezioni, che richiedono una specifica autorizzazione da parte della Regione, che dovra' essere richiesta dalle Aziende sanitarie secondo modalita' disciplinate in modo piu' incisivo e puntuale, per assicurare la valutazione del progetto e dei risultati finali. Infine, in forza delle nuove competenze regionali derivanti dalla riforma costituzionale, e' resa piu' flessibile la possibilita' di indebitamento alle singole Aziende, commisurandola alla idoneita' dell'Azienda a sostenerne gli oneri, valutata ai fini di una autorizzazione regionale specifica (comma 4).

L'art. 8 (Personale) rafforza l'attuale disciplina dell'istituto della esclusivita' di rapporto dei medici e degli altri operatori del SSN, in quanto unica forma di rapporto compatibile con le scelte organizzative e di funzionamento del Servizio sanitario regionale. La norma riprende espressamente le disposizioni attualmente in vigore, con riferimento diretto alla attuale formulazione del DLgs 229/99 (comma 1). Il comma 2 innova in materia concorsuale, prevedendo che la nomina dei responsabili di struttura complessa da parte del Direttore generale avvenga fra una terna di soggetti indicati dalla Commissione prevista dall'articolo 15-ter del DLgs 502/92 e successive modificazioni, scelta fra i soggetti idonei. E' attribuita alla Regione la

disciplina dell'esercizio della libera professione intra ed extramoenia, in conseguenza della stretta connessione esistente fra questa, la organizzazione dei servizi ed il loro funzionamento (comma 3). A questo scopo, la legge indica i principi cui l'attività regolatoria regionale deve ispirarsi, riconducendoli alla prevenzione dell'instaurarsi di condizioni che configurino conflitti di interessi ed alla promozione della qualità dell'assistenza, ivi inclusa la riduzione dei tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni in ambito istituzionale, con particolare riguardo al differenziale fra questo e quello relativo alla attività libero-professionale. La legge si avvale inoltre delle nuove competenze regionali per disciplinare i rapporti con i medici convenzionati (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali) e con le farmacie pubbliche e private, prevedendo che la Regione adegui gli accordi nazionali alle peculiarità della organizzazione e del funzionamento del Servizio sanitario regionale, al fine di raccordarli con le attività e le funzioni delle Asl, con particolare riguardo agli obiettivi a livello distrettuale (commi 4 e 5).

L'art. 9 (Relazioni fra Servizio sanitario regionale e Università) prevede che la Regione eserciti le competenze acquisite per effetto della riforma costituzionale sulla formazione e sulla ricerca attraverso un rafforzamento ed un allargamento della concertazione delle politiche di sviluppo con le Università, anche attraverso la Conferenza fra la Regione e le Università di Bologna, Ferrara, Modena, Reggio Emilia e Parma (comma 1), e la partecipazione di tali Università alla programmazione sanitaria regionale (comma 3). Sono inoltre ridisegnate le procedure per la programmazione del fabbisogno di personale del SSR, sostituendo il rapporto diretto fra Regione ed Università alla procedura vigente, secondo un assetto non più compatibile con le nuove competenze attribuite alla Regione dalla riforma costituzionale (comma 2). La concertazione con l'Università, rafforzata attraverso il nuovo organo di concertazione, si realizza anche attraverso il Protocollo di intesa Regione-Università sottoscritto a livello regionale (comma 4) ed i suoi accordi attuativi in ambito locale. Le aziende ospedaliero-universitarie rappresentano il luogo della collaborazione fra SSR e Università, agendo anche come azienda di riferimento (comma 5). La Regione disciplina l'organizzazione di queste aziende, secondo i principi del DLgs 517/99 e assicurando comunque la partecipazione dell'Università al governo aziendale, anche attraverso l'espressione dell'intesa dell'Università sulla nomina del Direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie da parte del Presidente della Regione e la partecipazione al processo di verifica della sua attività, secondo quanto previsto dal protocollo regionale d'intesa e nell'ambito della legislazione vigente (comma 6). Infine, il comma 7 disciplina il finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie, affidando al protocollo regionale di intesa la disciplina della compartecipazione ai loro risultati di gestione.

L'art. 10 (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico) riconduce gli Istituti nell'ambito del Servizio sanitario regionale, ove svolgono la funzione di centri di riferimento e di eccellenza per l'assistenza, la ricerca e la formazione, continuando a partecipare al sistema nazionale ed internazionale della ricerca (comma 1). La Regione esercita le nuove competenze attraverso il pieno inserimento degli istituti nella programmazione e negli indirizzi regionali e definendo il loro assetto organizzativo interno secondo un'organizzazione analoga a quella delle altre Aziende sanitarie (comma 3). Il Direttore generale è nominato dalla Regione, così come il Collegio sindacale, al cui interno è comunque assicurata allo Stato la nomina di due componenti. Il Direttore generale che nomina a sua volta il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo. La legge prevede inoltre la nomina del Direttore scientifico da parte dello Stato, d'intesa con la Regione, in ossequio al ruolo nazionale degli IRCCS nel sistema della ricerca e della assistenza ed in attuazione del principio di leale collaborazione fra le Regioni e con lo Stato (comma 2).

L'art. 11 (Fondazioni per la formazione, la ricerca e l'innovazione). Al fine di favorire la collaborazione fra SSR, Università' e organizzazioni della società civile, e' prevista la possibilita' per le Aziende sanitarie di aderire a fondazioni di ambito provinciale, che assumano come fine statutario non gia' lo svolgimento ma bensì la promozione della formazione permanente rivolta a personale del SSN e della ricerca di base, applicata ed organizzativa, orientate al sostegno dei progetti di innovazione assistenziale. E' previsto infine (comma 2) il raccordo fra Regione e fondazioni per quanto riguarda gli interventi in campo socio-sanitario, prevedendo che le fondazioni, nelle loro autonome deliberazioni, facciano riferimento alle priorita' individuate dalla programmazione regionale e locale.

PROGETTO DI LEGGE

INDICE

Art. 1 -
Tutela della salute e Servizio sanitario regionale
Art. 2 -
Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale
Art. 3 -
Organizzazione e finanziamento delle aziende sanitarie
Art. 4 -
Distretti sanitari
Art. 5 -
Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Enti locali
Art. 6 -
Bilancio, patrimonio e investimenti delle aziende sanitarie
Art. 7 -
Sperimentazioni gestionali
Art. 8 -
Personale del Servizio sanitario regionale
Art. 9 -
Relazioni fra Servizio sanitario regionale e Università'
Art. 10 -
Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico
Art. 11 -
Promozione della ricerca e della formazione in sanita'

Art. 1
Tutela della salute e Servizio sanitario regionale

1. Il Servizio sanitario regionale (di seguito denominato SSR) e' costituito dalle strutture, dalle funzioni e dalle attivita' assistenziali rivolte ad assicurare, nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (di seguito denominato SSN) e nel rispetto dei suoi principi fondamentali, la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettivita' ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale) e dell'articolo 1 del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421) nel testo introdotto dall'art. 1 del DLgs 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della Legge 30 novembre 1998, n. 419), come modificato dall'articolo 1, comma 5, del DL 18 settembre 2001, n. 347, convertito in legge, con modificazioni, dalla Legge 16 novembre 2001, n. 405 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria).

2. Il SSR si ispira ai seguenti principi:

a)

la centralita' del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;

b)

la responsabilita' pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunita' locali;

c)

l'universalita' e l'equita' di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessita' di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;

d)

la globalita' della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessita' di ciascuno, nel rispetto dei principi della dignita' della persona, del bisogno di salute, dell'equita' di accesso ai servizi, della qualita' della assistenza, dell'efficacia ed appropriatezza dei servizi e delle prestazioni, nonche' dell'economicita' nell'impiego delle risorse;

e)

il finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale, eventualmente integrato con la partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni;

f)

la valorizzazione delle responsabilita' individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettivita';

g)

la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;

h)

la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attivita' di ricerca e di formazione continua, nonche' il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro organizzazioni di rappresentanza;

i)

l'autonomia della societa' civile e delle formazioni sociali, da promuovere e valorizzare secondo il principio di sussidiarieta' orizzontale, a tutela dell'interesse generale;

l)

la compartecipazione degli Enti locali alla programmazione delle attivita' ed alla verifica dei risultati di salute;

m)

la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilita' dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocita' di trattamento.

Art. 2

Principi di organizzazione del Servizio sanitario regionale

1. La Regione assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza attraverso:

a)

le aziende unita' sanitarie locali, (di seguito denominate ASL);

b)

le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie, già' aziende ospedaliere integrate con l'Università' e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica. La costituzione di aziende ospedaliere e' disposta dalla Regione motivando sulla base della complessita' della casistica trattata e del ruolo di ospedale di riferimento per specifici programmi regionali di assistenza individuati dal piano sanitario regionale;

c)

altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le Aziende di cui ai commi a) e b), d'ora in poi Aziende sanitarie, abbiano stipulato accordi contrattuali.

2. L'organizzazione del SSR prevede:

a)

l'obbligo di qualita' tecnica, professionale e relazionale per tutti i servizi e le prestazioni resi da parte delle Aziende sanitarie e delle altre strutture che forniscono prestazioni e servizi al SSR;

b)

la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze organizzate e la loro partecipazione alla valutazione dei servizi, secondo le indicazioni contenute nella carta dei servizi e nell'atto aziendale;

c)

la programmazione a rete e la regolazione dell'offerta pubblica e privata delle prestazioni e dei servizi;

d)

la partecipazione degli Enti locali alla programmazione sanitaria regionale e locale, nonche' alla verifica dei risultati di salute ottenuti dalle aziende sanitarie;

e)

la partecipazione delle aziende sanitarie all'elaborazione, da parte degli Enti locali, dei piani per la salute previsti dal piano sanitario regionale;

f)

il governo clinico dei servizi territoriali e dei presidi ospedalieri, attuato attraverso la partecipazione degli operatori alla elaborazione dello sviluppo strategico delle aziende sanitarie, alla organizzazione dei servizi ed alla revisione sistematica e continuativa della qualita' dei servizi e della appropriatezza delle prestazioni;

g)

il confronto e la concertazione quali metodi di relazione con le organizzazioni sindacali;

h)

l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e tra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

3. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attivita' sanitarie sono subordinate alle relative autorizzazioni, l'esercizio di attivita' sanitarie per conto del SSR e' subordinato all'accreditamento istituzionale, e l'esercizio di attivita' sanitarie a carico del SSR e' subordinato alla definizione degli accordi contrattuali, secondo quanto previsto dalla L.R. 12 ottobre 1998, n. 34 (Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997) e successive modifiche e dalla L.R. 12 maggio 1994, n. 19 (Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal DLgs 7 dicembre 1993, n. 517) e successive modifiche.

4. La Regione, con riferimento alle attivita' e agli oggetti attinenti all'organizzazione e al funzionamento del SSR, assicura il coordinamento delle autonomie funzionali operanti nel territorio regionale, secondo il criterio di favorire l'esercizio concertato delle funzioni tra loro omogenee.

5. La Regione promuove le opportune forme di autocoordinamento fra le Regioni e di coordinamento con lo Stato, nonché, nell'ambito dell'attuazione degli obblighi comunitari, il collegamento con le scelte di protezione della salute effettuate dall'Unione Europea.

Art. 3

Organizzazione e finanziamento
delle aziende sanitarie

1. Le ASL hanno autonomia imprenditoriale; la loro organizzazione e il loro funzionamento sono determinati nell'atto aziendale, adottato dal Direttore generale ai sensi della L.R. n. 19 del 1994 e successive modifiche. Esse assicurano, nell'esercizio unitario delle loro funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, il coordinamento e l'integrazione delle attività dei propri servizi con quelle degli altri soggetti pubblici e privati accreditati, erogatori delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali. L'atto aziendale disciplina l'articolazione distrettuale delle ASL e l'organizzazione delle aziende sanitarie secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei dirigenti di dipartimento e di distretto.

2. Le Asl sono finanziate dalla Regione in relazione ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza secondo criteri di equità e trasparenza, in base alla popolazione residente in ciascuna di esse, con le opportune ponderazioni collegate alle differenze dei diversi ambiti territoriali nei bisogni assistenziali e nella accessibilità ai servizi.

3. Sono organi delle ASL: il Direttore generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione; il collegio di direzione, con compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca ed innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori; il collegio sindacale, con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile.

4. L'atto aziendale di cui al comma 1 disciplina la partecipazione del collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente e alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa la individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero professionale intramuraria.

5. La Regione nomina il Direttore generale e i componenti del collegio sindacale. È assicurata allo Stato la possibilità di designare un componente all'interno del collegio sindacale. Il Direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 1-quater e 1-quinquies del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche.

6. Le aziende e gli istituti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), sono organizzati in analogia con le ASL. La remunerazione delle loro attività assistenziali è definita nell'ambito di accordi da essi stipulati con l'azienda o le aziende unitarie sanitarie locali interessate, salvo gli eventuali trasferimenti regionali connessi a specifiche funzioni assistenziali, nonché i trasferimenti collegati alle procedure della mobilità sanitaria interregionale.

7. Le Aziende sanitarie si uniformano al principio della partecipazione organizzativa degli operatori ai processi di sviluppo e miglioramento organizzativo per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

Art. 4

Distretti sanitari

1. I distretti sanitari individuati dall'atto aziendale secondo le modalita' stabilite dall'articolo 5 costituiscono l'articolazione territoriale delle Asl allo scopo di:

promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni, nonche' con la popolazione e con le sue forme associative, secondo il principio di sussidiarieta', per la rappresentazione delle necessita' assistenziali e la elaborazione dei relativi programmi di intervento;
assicurare l'accesso ottimale alla assistenza sanitaria primaria ed ai servizi sociosanitari di cui all'articolo 3-quinquies del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche, nonche' il coordinamento delle proprie attivita' fra di loro e con i servizi aziendali a valenza sovradistrettuale.

2. Nell'ambito delle risorse assegnate, i distretti sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilita' separata all'interno del bilancio aziendale. I distretti attuano, con riferimento a ciascun ambito territoriale, le strategie aziendali sulla base dei Programmi delle attivita' territoriali, di cui all'art. 3-quater del DLgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche, che comprendono in particolare:

a)

i servizi e le prestazioni di assistenza primaria assicurati a livello di distretto;

b)

le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, caratterizzate da specifica ed elevata necessita' di integrazione, nonche', se delegate dai Comuni, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

3. L'atto aziendale stabilisce le forme e le modalita' di integrazione fra l'attivita' distrettuale ed i Dipartimenti di sanita' pubblica e salute mentale.

Art. 5

Relazioni fra Servizio sanitario regionale
ed Enti locali

1. L'Ufficio di Presidenza della Conferenza territoriale sociale e sanitaria di cui all'art. 11 della L.R. 13 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) esprime parere sulla nomina del Direttore generale da parte della Regione. Fatta salva la verifica di cui all'art. 3-bis, comma 6 del DLgs 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche, la Conferenza puo' chiedere alla Regione di procedere alla verifica del Direttore generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e di imparzialita' della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, di cui all'art. 17 della L.R. n. 19 del 1994 e successive modifiche.

2. La Conferenza promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli Enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali e dei Consigli provinciali alla definizione dei piani attuativi locali, nonche' la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari.

3. Fermi restando i compiti e le funzioni di cui all'art. 11 della L.R. n. 19 del 1994 e successive modifiche, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria, d'intesa con i Direttori generali, individua i distretti e modifica i loro ambiti territoriali. Il Direttore generale adotta i provvedimenti conseguenti, trasmettendoli alla Giunta regionale per la verifica di conformita' alla programmazione regionale. La Conferenza assicura altresì

l'equa distribuzione delle risorse fra i diversi ambiti distrettuali, in rapporto agli obiettivi di programmazione, alla distribuzione ed alla accessibilita' dei servizi e ai risultati di salute.

4. Per lo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie, la Conferenza puo' istituire un apposito ufficio, avvalendosi anche delle risorse delle Aziende sanitarie interessate. L'organizzazione ed il funzionamento di tale ufficio e' disciplinato dalla Conferenza, di concerto con le Aziende sanitarie interessate per le risorse di loro competenza.

5. In ogni ambito distrettuale comprendente piu' Comuni o piu' circoscrizioni comunali e' istituito il Comitato di distretto, composto dai sindaci dei Comuni, o loro delegati, e, ove previsto dalla legge e nel rispetto degli statuti comunali, dai presidenti delle circoscrizioni facenti parte del distretto. Tale Comitato opera in stretto raccordo con la Conferenza territoriale sanitaria e sociale e disciplina le forme di partecipazione e di consultazione alla definizione del Programma delle attivita' territoriali.

6. Fermi restando i poteri di proposta e di verifica delle attivita' territoriali di cui all'art. 9, comma 5 della L.R. n. 19 del 1994 e successive modifiche, il Comitato di distretto esprime parere obbligatorio sul Programma delle attivita' territoriali, sull'assetto organizzativo e sulla localizzazione dei servizi del distretto, e verifica il raggiungimento dei risultati di salute del Programma delle attivita' territoriali. Qualora tale parere risulti negativo, il Direttore generale procede solo previo parere dell'Ufficio di presidenza della Conferenza. Il Direttore generale adotta altresì, d'intesa con il Comitato di distretto, il Programma delle attivita' territoriali, limitatamente alle attivita' sociosanitarie.

7. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria attraverso il proprio regolamento e l'ASL attraverso l'atto aziendale disciplinano rispettivamente le relazioni con il Comitato di distretto e con i distretti.

8. Il Direttore generale nomina i Direttori di distretto, d'intesa con il Comitato di distretto. Quando ricorrano gravi motivi, il Comitato puo' avanzare motivata richiesta al Direttore generale di revoca della nomina.

Art. 6

Bilancio, patrimonio e investimenti
delle aziende sanitarie

1. Il Piano programmatico, il bilancio pluriennale di previsione, il bilancio economico preventivo e il bilancio di esercizio sottoposto a revisione contabile, costituiscono gli strumenti della programmazione economico-finanziaria per il governo delle aziende sanitarie. Gli strumenti contabili documentano l'impegno delle risorse relative ai livelli essenziali di assistenza. Il bilancio di missione, presentato unitamente al bilancio di esercizio, rende conto del perseguimento degli obiettivi di salute assegnati alle aziende sanitarie dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie.

2. Entro il 30 aprile di ogni anno, la competente Commissione consiliare esamina, per opportuno parere, la proposta di finanziamento delle Aziende sanitarie predisposta dalla Giunta regionale, il quadro generale degli obiettivi loro assegnati nonche' il bilancio economico preventivo di ciascuna Azienda sanitaria. La Giunta regionale approva i bilanci delle Aziende sanitarie previo parere della competente Commissione consiliare e riferisce annualmente al Consiglio sullo stato del SSR.

3. I beni mobili e immobili delle aziende sanitarie, destinati al perseguimento dei loro fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile delle

stesse, ai sensi dell'articolo 828, comma 2, del Codice civile. La sottrazione di tali beni al regime di proprietà pubblica può avvenire esclusivamente:

a)

nell'ambito delle sperimentazioni gestionali di cui all'articolo 7 e con l'osservanza delle condizioni e dei criteri in esso stabiliti;

b)

previa espressa autorizzazione regionale, sulla base di un analitico programma di riqualificazione dei servizi sanitari.

4. La Regione può, ai sensi dell'art. 119, ultimo comma, della Costituzione, autorizzare l'indebitamento delle aziende sanitarie allo scopo di finanziare spese di investimento anche oltre i limiti di cui all'articolo 2, comma 2-sexies, lettera g), numero 1 e numero 2, del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche, previa motivata e analitica valutazione dell'idoneità delle aziende stesse a sostenerne gli oneri conseguenti.

Art. 7

Sperimentazioni gestionali

1. La sperimentazione di nuove modalità gestionali e organizzative nella erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, attinenti alla gestione del personale o ad innovazioni di prodotto e di processo è autorizzata dalla Giunta regionale su proposta dell'Azienda sanitaria interessata. L'autorizzazione può essere concessa previa verifica di un progetto di attività corredato da un piano economico-finanziario, che motivino analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità delle prestazioni e dei servizi, nonché la convenienza economica degli oggetti della sperimentazione medesima, dando conto altresì di un'adeguata ponderazione comparativa tra le possibili soluzioni gestionali e prospettando gli assetti conseguenti ai diversi esiti della sperimentazione.

2. La Giunta regionale autorizza l'avvio della sperimentazione stabilendone la durata complessiva in misura comunque non superiore a cinque anni e la sua eventuale suddivisione in fasi distinte. La valutazione finale, nonché quella relativa alle sue distinte fasi, ove previste, dà conto analiticamente ed in forma comparativa dei risultati della sperimentazione in ragione della funzionalità rispetto alla programmazione regionale, della qualità dei servizi nonché della convenienza economica delle innovazioni sperimentate. L'azienda sanitaria assicura la costante informazione alla Regione nelle diverse fasi della sperimentazione. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 9-bis, comma 2, del DLgs n. 502 del 1992, nel testo aggiunto dall'articolo 11 del DLgs n. 517 del 1993 e successivamente sostituito dall'articolo 10 del DLgs n. 229 del 1999.

3. Alle partecipazioni societarie delle Aziende sanitarie di cui all'articolo 7, comma 3, della L.R. n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della L.R. n. 2 del 2003, si applicano i commi 1 e 2 del presente articolo. La partecipazione da parte delle Aziende sanitarie alle forme di gestione di attività e servizi sociosanitari costituite dagli enti locali, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della L.R. n. 19 del 1994, nel testo introdotto dall'articolo 57 della L.R. n. 2 del 2003 sono autorizzate dalla Giunta regionale su proposta della Azienda sanitaria interessata. L'autorizzazione può essere concessa previa verifica di un progetto che motivi analiticamente le ragioni dell'atteso miglioramento della qualità dei servizi e della sua convenienza economica, dando conto altresì di un'adeguata ponderazione comparativa tra le possibili soluzioni gestionali. L'Azienda sanitaria assicura la costante informazione della Regione in ordine all'andamento di tali partecipazioni.

Art. 8

Personale del Servizio sanitario regionale

1. Il rapporto di lavoro del personale del SSR e' di dipendenza, regolato ai sensi del DLgs 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche). Eventuali previsioni speciali sono stabilite dalla Regione, nell'ambito dei principi della normativa statale. Le aziende sanitarie esercitano, nei confronti del personale del SSR, le capacita' e i poteri del privato datore di lavoro. La dirigenza ha rapporto di lavoro esclusivo, disciplinato da disposizioni regionali e dalla contrattazione collettiva, ad eccezione di quanto stabilito dall'art. 15-sexies del DLgs n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'art. 13 del DLgs n. 229 del 1999.

2. L'attribuzione dell'incarico di direzione di struttura complessa e' effettuata dal Direttore generale ai sensi dell'articolo 15-ter del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche, sulla base di una rosa di tre candidati selezionati dalla commissione di cui al medesimo articolo fra i soggetti idonei.

3. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice e complessa, nonche' quelli previsti dall'articolo 5 del DLgs 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e Universita', a norma dell'articolo 6 della Legge 30 novembre 1998, n. 419), implicano l'esclusivita' del rapporto di lavoro.

4. La Regione stabilisce le disposizioni sull'esercizio della libera professione intra ed extramuraria, curando di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi fra attivita' istituzionale ed attivita' libero professionale e di promuovere il superamento delle liste di attesa ed il miglioramento continuo della qualita' delle prestazioni e dei servizi nonche' della efficienza generale del servizio.

5. La Regione detta le opportune disposizioni affinche' le attivita' dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nonche' delle professioni sanitarie di cui all'articolo 8, comma 2-bis, del DLgs n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 6 del DLgs 28 luglio 2000, n. 254 (Disposizioni correttive ed integrative del DLgs 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attivita' libero-professionale dei dirigenti sanitari), siano raccordate con le attivita' e le funzioni delle ASL, con particolare riferimento al livello distrettuale.

6. La Regione adatta ai principi contenuti nella presente legge e alla propria programmazione sanitaria e sociosanitaria, mediante accordi integrativi, gli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell'articolo 4, comma 9 della Legge 30 dicembre 1991, n. 412 (Disposizioni in materia di finanza pubblica), relativamente ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e alle farmacie pubbliche e private.

Art. 9

Relazioni fra Servizio sanitario regionale ed Universita'

1. La Regione promuove la formazione continua del personale del SSR, nonche' la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati anche come strumento di innovazione gestionale ed organizzativa del Settore sanitario. A tal fine la Regione si avvale anche della Conferenza Regione-Universita', istituita con legge regionale.

2. La Regione determina il fabbisogno di personale sanitario di cui all'articolo 6-ter del DLgs n. 502 del 1992, nel testo introdotto dall'articolo 6, comma 1, del DLgs n. 229 del 1999.

3. Le Università' degli studi di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio Emilia e di Parma partecipano alla programmazione sanitaria regionale mediante parere obbligatorio:

a)

sulla proposta di piano sanitario regionale adottata dalla Giunta;

b)

sugli atti di programmazione regionale concernenti la definizione degli indirizzi e degli interventi che interessano le strutture sanitarie destinate all'esercizio di attività' formative.

4. Il protocollo d'intesa fra Regione ed Università' individua l'attività' assistenziale necessaria per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle Università', determinata nel quadro della programmazione nazionale e regionale, assicurandone la funzionalità' e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca. Il protocollo disciplina altresì' la programmazione della formazione del personale del SSR e le modalità' con cui gli accordi attuativi locali definiscono l'organizzazione dei dipartimenti integrati e individuano le strutture essenziali per l'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università'.

5. La collaborazione fra Servizio sanitario regionale e Università' si realizza attraverso le aziende ospedaliero-universitarie di Bologna, di Ferrara, di Modena e di Parma, che costituiscono le aziende di riferimento per le Università' di Bologna, di Ferrara, di Modena-Reggio e di Parma, rispettivamente, per le attività' assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca.

6. La Giunta regionale, previa intesa della Conferenza Regione-Università', disciplina le aziende ospedaliero-universitarie secondo i principi del DLgs n. 517 del 1999 e tenendo conto della necessità' di assicurare la partecipazione della componente universitaria al governo dell'azienda. Il Direttore generale delle aziende ospedaliero-universitarie è' nominato dalla Regione, acquisita l'intesa con il Rettore dell'Università'. Il protocollo d'intesa disciplina la verifica dei risultati dell'attività' dei direttori generali, sulla base dei principi di cui all'articolo 3-bis del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche e di quanto previsto dall'art. 5 della presente legge.

7. Al sostegno economico-finanziario delle attività' svolte dalle aziende di riferimento concorrono risorse messe a disposizione sia dall'Università' sia dal fondo sanitario regionale. La Giunta regionale classifica tali aziende, limitatamente all'attività' direttamente svolta, nella fascia dei presidi a più' elevata complessità' assistenziale, riconoscendo altresì' i maggiori costi indotti sulle attività' assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca. Regione ed Università' concorrono a finanziare l'attuazione di programmi di comune interesse, definiti d'intesa. I protocolli d'intesa disciplinano le modalità' per la compartecipazione della Regione e delle Università', per quanto di rispettiva competenza, ai risultati di gestione delle aziende.

Art. 10

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

1. Gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico aventi sede nel territorio regionale sono parte integrante del Servizio sanitario regionale, nel cui ambito svolgono funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività' assistenziali, di ricerca e di formazione, partecipando altresì' al sistema della ricerca nazionale ed internazionale.

2. Gli istituti svolgono la loro attività' assistenziale nell'ambito degli indirizzi e della programmazione regionale e sono organizzati in analogia con le Aziende unità' sanitarie locali, ai sensi dell'art. 3 del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche.

3. Il Direttore generale e i componenti del Collegio sindacale sono nominati dalla Regione ai sensi degli articoli 3-bis e 3-ter del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche.

Si applica l'art. 3, comma 1 quinquies del DLgs n. 502 del 1992 e successive modifiche. E' assicurata allo Stato la possibilita' di designare due componenti all'interno del Collegio sindacale. E' previsto un Direttore scientifico, nominato dallo Stato d'intesa con la Regione.

4. Al fine di assicurare il coordinamento delle attivita' di ricerca corrente e finalizzata, nonche' il collegamento con gli analoghi istituti aventi sede in altre regioni, la Regione promuove l'autocoordinamento fra le Regioni e la collaborazione con lo Stato.

Art. 11

Promozione della ricerca
e della formazione in sanita'

1. Al fine di favorire lo sviluppo della ricerca scientifica e tecnologica e la formazione continua del personale del SSR, la Regione puo' promuovere, previe opportune intese con l'Universita', forme di organizzazione che integrino le competenze scientifiche, tecniche e professionali presenti, anche attraverso l'istituzione di fondazioni per la promozione della ricerca e della formazione in sanita', cui possono partecipare, con propria determinazione, le Aziende sanitarie della Provincia interessata.

2. Le risorse destinate a strutture, servizi e interventi nell'ambito del SSR da parte delle fondazioni di cui al DLgs 17 maggio 1999, n. 153 (Disciplina civilistica e fiscale degli Enti conferenti di cui all'articolo 11, comma 1, del DLgs 20 novembre 1990, n. 356, e disciplina fiscale delle operazioni di ristrutturazione bancaria, a norma dell'articolo 1 della Legge 23 dicembre 1998, n. 461) sono deliberate secondo il principio della leale collaborazione, tenendo conto delle prioritá e degli obiettivi determinati dalla programmazione regionale e locale.