

LEGGE REGIONALE 18 maggio 1979, n. 14

FORMAZIONE DEL PIANO SANITARIO REGIONALE 1980/ 1982

Bollettino Ufficiale n. 52 del 22 maggio 1979

Titolo I

LINEE FONDAMENTALI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Capo I

OGGETTO, OBIETTIVI E STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE

Art. 1

Finalità, metodo e oggetto della programmazione sanitaria regionale

La programmazione sanitaria regionale, a norma dell' articolo 3, lettera h) dello statuto ed in conformità alle finalità dell'articolo 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è volta a realizzare, nel sistema di sicurezza sociale, la tutela attiva della salute, principalmente attraverso piani sanitari pluriennali elaborati ed attuati nell'ambito dei programmi di sviluppo della regione, nonché nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale ed in conformità agli obiettivi del piano sanitario nazionale.

La programmazione sanitaria regionale investe tutte le attività pubbliche, e tiene conto di quelle private destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica della popolazione, che si esplicano sia mediante prestazioni di tipo individuale, sia attraverso interventi rivolti all'intera collettività regionale o a gruppi di popolazione esposti a particolari fattori di nocività e di malattia.

Alla programmazione sanitaria regionale concorrono, in modo preminente, gli enti locali territoriali. Ad essa è altresì assicurato l'autonomo apporto delle organizzazioni sindacali e delle forze sociali.

La programmazione regionale assicura il collegamento ed il coordinamento delle suddette attività con quelle che attengono alla predisposizione ed alla erogazione dei servizi sociali.

Art. 2

Contenuto ed obiettivi dei piani sanitari regionali

I piani sanitari regionali, avvalendosi principalmente dei dati di una sistematica osservazione epidemiologica, determinano, per il periodo pluriennale cui si riferiscono, ed in conformità al piano sanitario nazionale, gli obiettivi ed i criteri dello sviluppo qualitativo e quantitativo delle strutture, dei servizi e dei presidi pubblici e privati, mediante i quali si svolgono le attività di cui al secondo comma dell'articolo precedente, e soddisfano le seguenti esigenze fondamentali:

- a) esplicazione delle funzioni sanitarie, in rapporto a bacini di utenza ottimali, tenuto conto della loro natura, finalità e caratteristiche tecnico – operative;
- b) equilibrata distribuzione delle strutture, dei servizi e dei presidi in modo da assicurare l'adeguata e uniforme fruizione su tutto il territorio regionale, compatibilmente con l'assetto organizzativo ottimale delle funzioni sanitarie;
- c) impiego ottimale delle risorse destinate al settore sanitario, nell'ambito dei piani pluriennali di sviluppo della regione e nei limiti delle relative previsioni di spesa, anche al fine di favorire il contenimento, la riqualificazione e il riequilibrio della spesa sanitaria.

Art. 3

Aggregazione delle funzioni sanitarie per bacini d' utenza

Per soddisfare le esigenze di cui alla lettera a) dell'articolo precedente, i bacini di utenza si differenziano in relazione ai diversi livelli ai quali è opportuno siano esplicitate le funzioni sanitarie, che devono, comunque, essere aggregate in modo tale da consentire:

- a) l'unitarietà e la globalità degli interventi;
- b) un agevole accesso alle prestazioni sanitarie da parte della popolazione residente;
- c) l'effettiva partecipazione della popolazione all' organizzazione sanitaria a norma dell'art. 5, 2 comma dello statuto;
- d) il coordinamento con i servizi sociali connessi con la tutela della salute.

I bacini di utenza, definiti in relazione al livello di esplicazione delle funzioni sanitarie, possono riferirsi al territorio di una o più circoscrizioni comunali, ovvero di uno o più comuni, ovvero al territorio di una o più province o della intera regione.

Capo II

PROCEDIMENTO, CONTENUTE E VERIFICA DEGLI SCHEMI DI PIANO SANITARIO COMPRESORIALE

Art. 4

Ambito di applicazione e obiettivi fondamentali del piano

Le determinazioni del piano sanitario 1980– 1982 della Regione Emilia – Romagna sono finalizzate, a norma dell' articolo 55 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, all'eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale e sono assunte in base al criterio di assicurare la globalità delle funzioni

sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione.

Art. 5

Formazione e approvazione del piano

Il piano sanitario regionale 1980- 1982 è formato sulla base delle norme della presente legge ed è approvato con legge regionale a norma degli articoli 55 e 56 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nell'osservanza della procedura prevista dal 3 comma dell'articolo 11 della legge stessa.

Art. 6

Determinazione degli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali

Gli ambiti territoriali delle unità sanitarie locali sono determinati, ai sensi degli articoli 11, 5 comma, e 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, mediante la procedura seguente.

Entro 30 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione della presente legge, i Comuni e le Province esprimono il proprio parere sugli ambiti territoriali di cui all'allegata tabella 1.

Entro i successivi quindici giorni il consiglio regionale approva definitivamente, con legge, gli ambiti territoriali.

Art. 7

Formazione degli schemi di piano sanitario comprensoriale

I comitati comprensoriali previsti dalla legge regionale 31 gennaio 1975, n. 12, predispongono schemi di piano sanitario comprensoriale ai fini della formazione del piano sanitario regionale 1980- 1982.

Le amministrazioni provinciali ed il comitato circondariale di Rimini promuovono, indirizzano e coordinano l'attività di formazione degli schemi di piano che sono elaborati dai comitati comprensoriali su proposta dei consorzi per i servizi sanitari e sociali esistenti nel comprensorio e, per quanto concerne le funzioni sanitarie da collocare in ambito territoriale multinazionale, su indicazione delle amministrazioni provinciali territorialmente competenti e del comitato circondariale di Rimini.

Alla formulazione delle proposte dei consorzi per i servizi sanitari e sociali partecipa la popolazione interessata, nelle forme previste dagli statuti dei consorzi medesimi.

Art. 8

Contenuto degli schemi di piano sanitario comprensoriale

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale debbono indicare i servizi, i presidi e le strutture occorrenti per l'esplicazione, attraverso modalità organizzative interdisciplinari, delle funzioni di:

- a) educazione sanitaria;
- b) epidemiologia;
- c) igiene pubblica e dell'ambiente;
- d) prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche;
- e) tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva e del diritto alla procreazione cosciente e responsabile;
- f) medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive;
- g) tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- h) medicina di base, generale e pediatrica, e medicina specialistica ambulatoriale;
- i) assistenza ospedaliera;
- l) riabilitazione e rieducazione funzionale e assistenza protesica;
- m) assistenza farmaceutica e vigilanza sulle farmacie;
- n) igiene veterinaria;
- o) igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande per quanto di competenza regionale;
- p) medicina legale.

Al fine di assicurare l'esplicazione delle funzioni, di cui al comma precedente, i piani comprensoriali, per ciascuna unità sanitaria locale, debbono prevedere:

- a) la struttura organizzativa e la dislocazione dei seguenti servizi:
 - igiene pubblica;
 - igiene veterinaria;
 - prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
 - consultorio familiare e servizio per la tutela della maternità, infanzia ed età evolutiva;
 - igiene mentale e assistenza psichiatrica;
- b) le modalità di organizzazione e di coordinamento della medicina di base, generale e pediatrica e dell'assistenza farmaceutica, nonché il tipo, la collocazione strutturale, la dislocazione territoriale e le modalità di coordinamento delle attività specialistiche ambulatoriali, previste dalla tabella 2 allegata alla presente legge;
- c) gli aspetti qualitativi e quantitativi e la dislocazione delle strutture ospedaliere con la specificazione delle unità organizzative in cui si articolano e delle relative dotazioni di posti letto, se ed in quanto previste dalle tabelle 3, 4 e 5 allegate alla presente legge;
- d) le forme di coordinamento e di integrazione delle funzioni sanitarie con l'attività dei servizi sociali, ed in particolare l'individuazione, la collocazione sul territorio e l'organizzazione delle strutture tutelari o residenziali a carattere assistenziale rivolte alla popolazione anziana e agli handicappati;

- e) le forme di integrazione degli stabilimenti termali pubblici con le altre strutture sanitarie, in particolare con quelle di riabilitazione, nonché le esigenze di convenzionamento con le aziende termali private per l'erogazione delle prestazioni di cui all'articolo 36, primo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- f) i tempi e le modalità di attuazione delle indicazioni contenute negli schemi di piano in conformità alle disposizioni di cui alle precedenti lettere a), b), c), d); a tal fine le operazioni di trasformazione attuabili mediante l'utilizzazione o la riconversione delle risorse disponibili saranno distinte da quelle che richiedono investimenti e spese correnti aggiuntive; saranno altresì indicati i relativi oneri finanziari, e sarà infine indicato il fabbisogno di operatori;
- g) le eventuali modalità di coordinamento e di comune utilizzo tra unità sanitarie confinanti, anche di determinati servizi di base, in relazione a specifiche situazioni ed esigenze locali.

Gli schemi di piano comprensoriale possono contenere specifiche indicazioni operative per l'utilizzazione, relativamente alle funzioni che costituiscono oggetto di pianificazione, di prestazioni fornite da associazioni di volontariato aventi tra i propri scopi quello di concorrere alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale.

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale devono contenere proposte di articolazione degli ambiti territoriali in aree distrettuali per l'esplicazione delle funzioni di medicina di base generale e pediatrica e per l'erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nell'ambito delle attività indicate nella tabella 2, nonché, secondo indicazioni della legislazione regionale di settore, per lo svolgimento di attività di competenza dei servizi indicati alla lettera a) del secondo comma del presente articolo.

Art. 9

Presentazione degli schemi di piano sanitario comprensoriale

I comitati comprensoriali devono presentare al presidente della giunta regionale gli schemi di piano sanitario entro il 30 giugno 1979.

I comitati comprensoriali, prima della presentazione degli schemi di piano, devono inviarli ai consigli comunali del comprensorio a norma dell'articolo 9 della legge regionale 31 gennaio 1975, n. 12 e alle amministrazioni provinciali a norma dell'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le amministrazioni provinciali e il circondario di Rimini, nell'espletamento dei compiti di cui al secondo comma del precedente articolo 7, assicurano il rispetto del termine per la presentazione degli schemi di piano dei rispettivi comprensori.

Art. 10

Adeguamento degli schemi di piano sanitario comprensoriale

La legge regionale di approvazione del piano adegua, se necessario, gli schemi di piano sanitario comprensoriale di cui al precedente articolo 7 alle indicazioni della presente legge ed al primo piano sanitario nazionale.

Le proposte di adeguamento, formulate dalla giunta regionale, sono inviate ai comitati comprensoriali interessati, i quali esprimono il loro parere entro e non oltre trenta giorni dalla loro ricezione.

Art. 11

Comitato tecnico - consultivo

E' istituito il comitato tecnico - consultivo per la programmazione sanitaria, composto di venticinque membri, scelti tra persone interne od esterne all'amministrazione regionale, esperti in programmazione sanitaria, igiene pubblica, igiene e organizzazione ospedaliera, assistenza sanitaria, scienze giuridiche e amministrative e scienze economiche e sociali.

Il comitato è nominato dal consiglio regionale entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge.

Il comitato è presieduto dall'assessore regionale alla sanità, che può delegare un membro del comitato stesso anche per farsi sostituire in caso di assenza o di impedimento.

Esercita le funzioni di segretario un collaboratore regionale designato dell'assessore.

Il comitato dura in carica per tutto il periodo di validità del piano sanitario regionale. I membri che, senza giustificato motivo, non partecipano a tre sedute del comitato decadono dall'ufficio.

Art. 12

Compiti del comitato tecnico - consultivo

Il comitato di cui al precedente articolo è strumento tecnico - consultivo della regione per l'esame degli schemi di piano sanitario comprensoriale ai fini della predisposizione del piano sanitario regionale di cui ai precedenti articoli 4, 5 e 10.

Il comitato esprime inoltre pareri su ogni questione, in materia di programmazione sanitaria, che gli venga sottoposta dal consiglio regionale, dalla giunta regionale, dall'assessore regionale alla sanità e dalla competente commissione del consiglio regionale.

Membri del comitato possono essere incaricati dal presidente del comitato stesso di collaborare, su richiesta dei comitati comprensoriali interessati, con gli organi che, a norma del precedente articolo 7, concorrono alla predisposizione degli schemi di piano sanitario comprensoriale.

Titolo II
PROGRAMMAZIONE DEI SERVIZI E PRESIDI DELL'UNITA' SANITARIA LOCALE

Capo I
PROGRAMMAZIONE DELLE FUNZIONI EXTRA - OSPEDALIERE

Art. 13

Igiene pubblica

Le funzioni di igiene pubblica di cui all'art. 8, secondo comma, lettera a), della presente legge, comprendono:

- la promozione ed il coordinamento di indagini epidemiologiche su base locale;
- l'attuazione di programmi di educazione sanitaria;
- la profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- la profilassi e la vigilanza igienica relative all'edilizia, all'aria atmosferica, al suolo, alle acque superficiali e telluriche, agli approvvigionamenti idro - potabili, alla produzione, manipolazione, trasporto, vendita e somministrazione delle sostanze alimentari, delle bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati e succedanei;
- la profilassi e la vigilanza igienica degli insediamenti urbani e delle collettività;
- le certificazioni e gli accertamenti medico - legali.

Art. 14

Igiene veterinaria

Salvo quanto previsto dall'art. 6, lettera u) della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le funzioni di igiene veterinaria di cui all'articolo 8, secondo comma, lettera a) della presente legge, comprendono:

- l'igiene veterinaria e la sanità animale;
- la profilassi, polizia e vigilanza veterinaria;
- la promozione, programmazione e attuazione dei piani di risanamento, di prevenzione e di controllo delle malattie infettive e infestive;
- la vigilanza sulla riproduzione animale;
- la vigilanza sulla produzione, commercializzazione e utilizzazione dei mangimi adibiti, ai sensi delle vigenti disposizioni, per uso zootecnico e per altri animali allevati e sulla utilizzazione dei farmaci per uso veterinario;
- l'igiene e vigilanza sulla produzione, lavorazione, deposito, trasporto, commercializzazione e distribuzione degli alimenti di origine animale, nonché sugli impianti di macellazione e trasformazione delle carni.

Art. 15

Organizzazione delle funzioni di igiene pubblica e veterinaria

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale propongono l'organizzazione delle funzioni di cui ai precedenti artt. 13 e 14 nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale nel servizio di igiene pubblica e nel servizio veterinario.

L'esercizio di tali funzioni sarà disciplinato con legge regionale ai sensi degli artt. 16 e 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Art. 16

Tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale propongono l'organizzazione delle funzioni sanitarie concernenti la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale, nel servizio per la procreazione libera e responsabile, per la tutela sanitaria e sociale della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva, per l'assistenza alla famiglia, istituito ai sensi della legge regionale 10 giugno 1976, n. 22.

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale dovranno altresì proporre, per ogni provincia, l'unità sanitaria locale al cui servizio materno infantile assegnare le funzioni specialistiche volte a garantire l'approfondimento diagnostico degli handicaps neuromotori e sensoriali dell'infanzia.

Art. 17

Igiene mentale e assistenza psichiatrica

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale propongono l'organizzazione delle funzioni sanitarie concernenti l'igiene mentale e l'assistenza psichiatrica, nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale, sulla base dei piani di intervento approvati ai sensi della legge regionale 31 luglio 1978, n. 25.

Art. 18

Tutela della salute nei luoghi di lavoro

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale, in conformità a quanto previsto dagli artt. 20, 21 e 22 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, propongono l'organizzazione sanitaria delle funzioni concernenti la tutela della salute nei luoghi di lavoro nell'ambito del servizio di medicina preventiva e igiene del lavoro di ciascuna unità sanitaria locale, di cui al precedente articolo 8, secondo comma, lettera a).

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale assicurano che il suddetto servizio provveda in particolare a:

- effettuare i propri interventi all'interno degli ambienti di lavoro;
- promuovere indagini e ricerche su specifici problemi di rischio e di danno di origine professionale, anche mediante la elaborazione e l'attuazione di progetti - obiettivi finalizzati all'accertamento ed alla rimozione delle cause di nocività presenti in determinati settori produttivi;

- formulare congiuntamente al servizio di igiene pubblica, secondo le modalità previste dalle leggi e dai regolamenti di igiene dei singoli comuni, pareri preventivi sui progetti di insediamenti industriali di attività produttive in genere, nonché sulla ristrutturazione degli stessi, al fine di accertarne la compatibilità con la tutela dell'ambiente e la difesa della salute dei lavoratori;
- formulare indicazioni circa le misure idonee alla eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro in applicazione delle norme di legge vigenti in materia;
- assicurare ai lavoratori, per l'esercizio dei diritti sanciti dall'articolo 9 della legge 20 maggio 1970, n. 300,

le strutture tecniche ed operative delle unità sanitarie locali;

- promuovere, anche mediante la collaborazione di università e istituti di ricerca, iniziative nel campo della formazione e dell'educazione sanitaria finalizzate ad elevare i livelli di partecipazione dei lavoratori e della popolazione in generale ed a realizzare una diffusione sistematica delle conoscenze sui temi della nocività ambientale e della patologia professionale.

Art. 19

Medicina di base, generale e pediatrica e medicina specialistica ambulatoriale

In applicazione della disposizione di cui al precedente art. 8, secondo comma, lettera b), ed in conformità alla tabella 2, gli schemi di piano sanitario comprensoriale, per quanto concerne la medicina di base, generale e pediatrica, e la medicina specialistica ambulatoriale, propongono:

- a) il fabbisogno e la distribuzione territoriale ottimale dei medici di base per l'attività generale e pediatrica, tenuto conto del rapporto ottimale medico – assistibile stabilito dagli accordi collettivi nazionali stipulati ai sensi dell' art. 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, anche in relazione a particolari situazioni locali ed alla esigenza di organizzare un adeguato servizio di guardia medica notturna e festiva;
- b) la distribuzione territoriale, la collocazione strutturale e il livello di prestazione ottimale dei presidi ambulatoriali specialistici aventi i requisiti stabiliti dallo schema – tipo previsto dall'articolo 25, settimo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- c) le eventuali temporanee esigenze di integrazione della rete ambulatoriale pubblica mediante convenzione con i presidi ambulatoriali privati.

Le previsioni suddette devono essere formulate in conformità alle disposizioni di cui al citato art. 8, secondo comma, lettera f) e devono contenere, sulla base anche delle strutture, dei servizi e dei presidi ambulatoriali pubblici esistenti, il programma degli interventi che occorrono per una loro riorganizzazione volta a favorire l'integrazione degli interventi della medicina di base, generale e pediatrica e della medicina specialistica ambulatoriale tra loro e con tutte le attività sanitarie ospedaliere ed extraospedaliere, anche mediante forme e modalità organizzative che consentano la realizzazione del lavoro interdisciplinare e di gruppo, e la valutazione dell'effettiva esigenza di ricovero e dei trattamenti successivi ad esso.

Capo II

PROGRAMMAZIONE DELLE FUNZIONI OSPEDALIERE

Art. 20

Riorganizzazione delle strutture ospedaliere

Gli ospedali situati in un medesimo ambito territoriale, determinato a norma del precedente art. 6, perdono la loro autonoma organizzazione e strutturazione, secondo uno dei tipi di ospedale previsti dal titolo III della legge 12 febbraio 1968, n. 132, e assumono la strutturazione di ospedale unico, articolato in uno o più stabilimenti. In tale strutturazione sono comprese anche le sezioni staccate di ospedali che, alla data di entrata in vigore della presente legge, siano amministrati da ente ospedaliero avente sede in ambito territoriale diverso.

In applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 8, secondo comma, lettere c) ed f), ed in conformità alle tabelle nn. 3, 4 e 5 della presente legge, gli schemi di piano sanitario comprensoriale propongono le modalità per la riorganizzazione e la eventuale riconversione delle divisioni, delle sezioni e dei servizi, generali e speciali, ospedalieri.

Gli schemi di piano sanitario comprensoriale devono indicare eventuali temporanee esigenze di integrazione dell'assistenza ospedaliera pubblica mediante il ricorso a convenzioni con case di cura private.

Art. 21

Strutture dipartimentali

Le indicazioni di cui all'articolo precedente devono prevedere gli aspetti qualitativi e quantitativi delle strutture dipartimentali da istituire ai sensi dell'art. 17, 2 comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con la specificazione delle unità funzionali ed organizzative ospedaliere e dei servizi extraospedaliere che vi afferiscono. Nell'ambito di ciascuna unità sanitaria locale devono essere previsti, almeno, il dipartimento di emergenza e il dipartimento materno – infantile, secondo le prescrizioni di cui alla tabella 6.

Fermo restando il disposto dell'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, le strutture dipartimentali previste negli schemi di piano sanitario dei comprensori nei quali hanno sede facoltà universitarie di medicina e chirurgia, devono comprendere le cliniche e gli istituti universitari convenzionati.

Art. 22

Soppressione o trasformazione di attività ospedaliere. Trasferimento del personale: rinvio

Le divisioni, le sezioni ed i servizi speciali esistenti e funzionanti, non previsti dal piano sanitario regionale e non conformi ad esso, saranno soppressi o trasformati secondo le modalità e nei tempi indicati dal piano stesso. La giunta regionale, con propria deliberazione, provvede, conformemente alle previsioni del piano sanitario, alla individuazione e all'inventario delle attrezzature destinate al funzionamento delle divisioni, sezioni e servizi da sopprimere o trasformare e al loro eventuale trasferimento dall'ospedale presso il quale deve cessare o essere trasformata la relativa attività ad altro ospedale presso il quale deve essere attivata

Il personale degli enti soppressi o trasformati ai sensi del precedente comma è iscritto nei ruoli nominativi regionali del personale del servizio sanitario nazionale con la legge regionale di cui all'articolo 68 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Titolo III **PROGRAMMAZIONE SANITARIA REGIONALE E UNIVERSITA'**

Art. 23

Rapporti tra programmazione sanitaria e attività didattiche e di ricerca universitarie

Le convenzioni tra la Regione e le università di cui all' articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in relazione al disposto del terzo comma del predetto articolo, sono stipulate nel rispetto del piano sanitario regionale sulla base degli schemi tipo di cui all'ultimo comma dell' articolo stesso.

Nell'ambito di quanto disposto dal comma precedente la Regione, nella stipula delle convenzioni, terrà conto di criteri atti a:

- favorire uno sviluppo equilibrato delle facoltà di medicina e delle annesse scuole di specializzazione in rapporto, oltre che alle esigenze didattiche e di ricerca, agli obiettivi del piano sanitario regionale;
- promuovere congiuntamente attività di ricerca in campo sanitario con particolare riferimento a programmi finalizzati nel settore della prevenzione e nell'ambito delle attività terapeutiche di alta specializzazione;
- assicurare l'utilizzazione da parte degli istituti universitari, per esigenze didattiche e di ricerca, delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere nonché l'apporto, per lo svolgimento di tali compiti, del personale in esse operante;
- favorire l'equiparazione dei diritti e dei doveri tra sanitari universitari e sanitari ospedalieri e privilegiare il rapporto di lavoro a tempo pieno per i sanitari universitari che svolgono attività assistenziale;
- realizzare l'integrazione dipartimentale delle strutture sanitarie e universitarie convenzionate.

Titolo IV **PARAMETRI PER LA FORMAZIONE DEGLI SCHEMI DI PIANO**

Art. 24

Approvazione degli allegati

Ai fini delle proposte degli schemi di piano comprensoriale, sono approvati i seguenti allegati:

- TABELLA 1 " Ambiti territoriali delle unità sanitarie locali "
- TABELLA 2 " Attività specialistiche ambulatoriali "
- TABELLA 3 " Funzioni ospedaliere di base "
- TABELLA 4 " Funzioni ospedaliere multizonali "
- TABELLA 5 " Collocazione delle funzioni ospedaliere multizonali "
- TABELLA 6 " Strutture dipartimentali di base "

Titolo V **DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

Art. 25

Disposizioni sui consorzi per i servizi sanitari e sociali

Fino alla costituzione delle unità sanitarie locali, a norma del secondo comma dell'art. 61 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'associazione dei comuni è costituita dai consorzi per i servizi sanitari e sociali e restano ferme le funzioni esercitate direttamente dagli stessi.

Art. 26

Disciplina dell'organizzazione degli ospedali

La disposizione di cui al primo comma del precedente articolo 20 ha effetto dalla data di costituzione delle unità sanitarie locali.

Fino all'approvazione della legge regionale di attuazione dell'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, l'organizzazione degli ospedali in divisioni, sezioni e servizi speciali è disciplinata dalle norme della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Art. 27

Formazione degli schemi di piano sanitario comprensoriale

Nei casi in cui, all'entrata in vigore della presente legge, il territorio di un consorzio per i servizi sanitari e sociali faccia parte di più comprensori e non si pervenga ad una diversa determinazione entro il termine indicato al precedente articolo 9 per la presentazione degli schemi di piano, lo schema di piano sanitario comprensoriale è

Testo non ufficiale. La sola stampa del bollettino ufficiale ha carattere legale

predisposto dal comitato comprensoriale nella cui circoscrizione è compresa la maggior parte della popolazione del consorzio di cui trattasi.

Art. 28

Controlli sugli enti ospedalieri

Fino alla costituzione delle unità sanitarie locali di cui al secondo comma dell'articolo 61 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, a norma dell'articolo 29 del decreto del presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616, i seguenti provvedimenti degli enti ospedalieri sono sottratti alla disciplina dell'articolo 16 della legge 12 febbraio 1968, numero 132, e sono sottoposti al controllo della giunta regionale, sentita la competente commissione del consiglio regionale:

- a) previsioni d' organico e assunzioni di personale;
- b) acquisto di attrezzature scientifiche, per le quali è richiesto il parere del consiglio dei sanitari o del consiglio sanitario centrale ai sensi dell'art. 14, lettera a) della legge 12 febbraio 1968, n. 132;
- c) istituzione, soppressione o modificazione di servizi igienico – organizzativi, di diagnosi e cura, di divisioni e di sezioni;
- d) opere di costruzione, di ampliamento e di trasformazione.

Il controllo della giunta regionale è anche di merito ancorchè trattasi di provvedimenti non elencati nel terzo comma dell'art. 16 della legge 12 febbraio 1968, n. 132.

Gli atti degli enti ospedalieri soggetti al controllo, sono inviati alla giunta regionale entro dieci giorni dalla loro adozione. La Giunta regionale può chiedere su di essi chiarimenti ed elementi integrativi di giudizio e si pronuncia, di norma, entro trenta giorni dalla data del loro ricevimento.

I provvedimenti degli enti ospedalieri diventano esecutivi dopo l'approvazione della giunta regionale.

Ai fini del coordinato svolgimento della funzione di vigilanza e di tutela sugli atti degli enti ospedalieri, i provvedimenti di cui al presente articolo e l'esito del controllo su di essi esercitato, sono inviati al comitato regionale di controllo o alle sue sezioni autonome, secondo le rispettive competenze.

ALLEGATO
ALLEGATO
ALLEGATO
ALLEGATO
ALLEGATO
ALLEGATO