



**Disegno di Legge della Giunta Regionale:
"NORME PER LA PROGRAMMAZIONE
SOCIO-SANITARIA E IL RIASSETTO DEL
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE"**

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1. (Finalità e principi)

1. La presente legge definisce gli strumenti della programmazione socio-sanitaria regionale, nel contesto del piano regionale di sviluppo, e individua i soggetti coinvolti nella pianificazione, programmazione e gestione delle funzioni socio sanitarie.
2. La Regione persegue gli obiettivi di salute tramite il metodo della valutazione dell'impatto sulla salute stessa di tutte le decisioni e scelte strategiche.
3. La programmazione socio-sanitaria regionale è basata sui seguenti principi:
 - a) tutela e promozione della salute come bene comune, diritto inalienabile di tutti i cittadini, a prescindere dalle condizioni sociali individuali e interesse della collettività ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione;
 - b) primato della prevenzione e ruolo strategico delle attività di promozione della salute;
 - c) ruolo primario dei soggetti individuali e collettivi del territorio nell'identificazione dei bisogni di salute e delle azioni finalizzate al raggiungimento e mantenimento del benessere sociale;
 - d) orientamento alla solidarietà, alla sobrietà, alla dignità, alla umanizzazione e alla sussidiarietà nella organizzazione e nel funzionamento dei servizi socio-sanitari;
 - e) partecipazione dei cittadini e degli operatori pubblici e privati del servizio socio-sanitario regionale, attraverso le loro rappresentanze, alla definizione delle linee programmatiche;
 - f) omogeneità e uniformità delle prestazioni da assicurare ai cittadini, attraverso livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio regionale che siano garanzia di giustizia ed equità;
 - g) appropriatezza delle prestazioni, qualità e continuità delle stesse, integrando gli interventi sociali e socio-sanitari.
4. La presente legge stabilisce, altresì, i criteri per il riassetto del servizio sanitario regionale.

TITOLO II

PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA

Capo I

Strumenti di Programmazione

Art. 2.

(I livelli e gli strumenti di programmazione)

1. La programmazione socio-sanitaria della Regione assicura, in coerenza con i principi di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421) ed alla legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), lo sviluppo dei servizi di prevenzione, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello regionale il piano socio-sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione.
3. Sono strumenti della programmazione socio-sanitaria a livello locale:
 - a) i profili e piani di salute di cui all'articolo 14;
 - b) i piani attuativi delle aziende sanitarie locali di cui all'articolo 15;
 - c) i piani attuativi delle aziende ospedaliere di cui all'articolo 17;
 - d) i piani di zona di cui all'articolo 17 della legge regionale 8 gennaio 2004 n. 1 (Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento) e i programmi di attività territoriali di cui all'articolo 15 bis.
4. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio, con cadenza triennale, della programmazione socio-sanitaria regionale:
 - a) la relazione socio-sanitaria regionale di cui all'articolo 13;
 - b) la relazione socio-sanitaria aziendale di cui all'articolo 18.

Capo II

Il concorso dei soggetti istituzionali, di quelli partecipativi e delle autonomie locali alla programmazione socio-sanitaria.

Art. 3.

(Regione)

1. Il Consiglio regionale approva con deliberazione il piano socio-sanitario regionale, di cui definisce la durata e gli aggiornamenti.
2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo tecnico amministrativo e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie, in conformità alle disposizioni

del piano socio-sanitario regionale.

3. La Giunta regionale esercita attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie.
4. La Giunta Regionale si avvale del Consiglio Regionale di Sanità e Assistenza (Co.Re.Sa.) e dell'Agenzia Regionale dei Servizi Sanitari (Aress).

Art. 4.
(Attribuzioni e funzionamento del Co.Re.S.A.)

1. Il Consiglio Regionale di Sanità ed Assistenza (Co.Re.S.A), di cui alla legge regionale 4 luglio 1984 n. 30 (Istituzione del Consiglio Regionale di Sanità ed Assistenza), partecipa al processo di programmazione socio-sanitaria con funzioni di parere e consulenza nei confronti della Giunta regionale e della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria di cui all'articolo 6.
2. Il Co.Re.S.A., ai sensi di quanto previsto dal comma 1, è sentito obbligatoriamente in ordine:
 - a) alla formazione del Piano socio-sanitario regionale e relativi aggiornamenti;
 - b) alla stesura del testo finale della relazione socio-sanitaria di cui ai commi 1 e 2 dell'articolo 13;
 - c) sull'attivazione di progetti riguardanti aree prioritarie di intervento socio-sanitario;
 - d) sull'attivazione di progetti di sperimentazione gestionale in ambito socio-sanitario;
 - e) sui criteri di indirizzo tematico della ricerca sanitaria finalizzata regionale;
 - f) su iniziative di promozione della integrazione socio-sanitaria e di interazione fra salute ed ambiente.
3. Il Co.Re.Sa. esprime, inoltre, pareri in merito a specifiche richieste formulate dagli Assessorati dell'Amministrazione regionale competenti in materia socio-sanitaria.
4. Le modalità di funzionamento del Co.Re.Sa. sono disciplinate con apposito regolamento assunto a maggioranza dei componenti. Il regolamento, da adottarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, può prevedere che il Co.Re.Sa. articoli le proprie attività per strutture competenti in materia e disciplinare i casi in cui è richiesta la convocazione dell'Assemblea plenaria.
5. Il Co.Re.Sa. esprime i pareri entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta, trascorso tale termine il parere si intende favorevole.

Art. 5.
(Presidente del Co.Re.S.A.)

1. Il Presidente del Co.Re.S.A. è eletto dal Consiglio stesso, fra i suoi membri, a scrutinio segreto, a maggioranza assoluta dei componenti, o, in secondo scrutinio, a maggioranza semplice.
2. In caso di assenza, impedimento, morte o dimissioni del Presidente, le relative funzioni sono svolte da un vice presidente, nominato dal Presidente con le modalità previste nel regolamento di cui all'articolo 4. comma 4.
3. Il Presidente provvede a:
 - a) convocare l'Assemblea generale;
 - b) predisporre l'ordine del giorno delle sedute;
 - c) designare uno o più relatori degli argomenti da trattare;
 - d) invitare a partecipare alle sedute, per l'esame di specifici problemi, esperti nelle materie attinenti gli argomenti all'ordine del giorno;
 - e) eseguire ogni altro adempimento demandatogli dal regolamento di cui all'articolo 4, comma 4.
4. I dirigenti regionali delle strutture competenti per materia hanno diritto di partecipare alle sedute dell'Assemblea plenaria e delle sue eventuali articolazioni.

Art. 6.
(Sostituzione dell'articolo 108 della l.r. 44/2000)

1. L'articolo 108 della legge regionale 26 aprile 2000, n. 44 (di attuazione del d. lgs. 112/1998), come inserito dall'articolo 10 della legge regionale 15 marzo 2001, n. 5, è sostituito dal seguente:

“ Art. 108 (La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria)

La Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di cui all'articolo 2, comma 2 bis del d. lgs. 502/1992, è l'organo attraverso cui gli enti locali territoriali concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria.
2. La Conferenza esprime parere, entro sessanta giorni dalla richiesta:
 - a) sulla proposta di piano socio-sanitario regionale;
 - b) sulla proposta di piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
 - c) sulla relazione socio-sanitaria regionale.
3. La Conferenza può formulare proposte sui documenti di cui al comma 2, lettere a) e b).
4. La Conferenza valuta lo stato dell'organizzazione e l'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla conferenza permanente i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.

5. La Conferenza, istituita con decreto del Presidente della Giunta regionale, è presieduta dal medesimo o da suo delegato ed è così composta:
 - 0a) dal Sindaco del Comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'ASL coincida con quello del Comune ovvero dai Presidenti delle circoscrizioni nei casi in cui l'ambito territoriale dell'ASL sia inferiore al territorio del Comune;
 - a) dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende sanitarie locali;
 - b) dai presidenti delle province piemontesi;
 - c) da tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani;
 - d) da due rappresentanti della Lega delle autonomie locali;
 - e) da un rappresentante della Associazione nazionale piccoli comuni d'Italia;
 - f) da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità enti montani;
 - g) da tre rappresentanti delle organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale;
 - h) da un rappresentante del Terzo settore.
6. I componenti di cui al comma 5, lettere c), d), e), f), g) e h) sono designati dalle rispettive organizzazioni di appartenenza.
7. Le modalità di funzionamento della Conferenza e delle sue eventuali articolazioni sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei propri componenti."

Art. 7.
(Conferenza dei Sindaci di ASL)

1. La Conferenza dei Sindaci di ASL, di cui all'articolo 15 della legge regionale 24 gennaio 1995, n. 10 (Ordinamento, organizzazione e funzionamento delle Aziende sanitarie regionali), concorre alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria nelle forme e nei termini previsti dall'articolo 3, comma 14 del d. lgs. 502/1992, nonché dalle linee approvate dal Consiglio regionale.
2. In particolare la Conferenza:
 - a) definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del Piano attuativo locale di cui all'articolo 15. Eventuali scostamenti da tali linee debbono essere adeguatamente motivati dal Direttore generale. Le linee di indirizzo sono elaborate sulla base delle previsioni dei Profili e piani di salute di cui all'articolo 14;
 - b) esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio della ASL di riferimento e rimette alla Giunta Regione le proprie osservazioni. In caso di parere negativo la Giunta regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato;
 - c) esprime parere sull'operato del Direttore generale ai sensi dell'articolo 3 bis, comma 6, del d. lgs. 502/1992;
 - d) chiede alla Regione la revoca del Direttore generale nel caso previsto dall'articolo 3 bis, comma 7 del d. lgs. 502/1992;

- e) esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.
3. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dall'articolo 15 della l.r. 10/1995.

Art. 8.
(Comitato dei Sindaci di Distretto)

1. Il Comitato dei Sindaci di Distretto, di cui all'articolo 3 quater del d. lgs. 502/1992, è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.
2. Il Comitato è composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale del Distretto di cui all'articolo 19.
3. Al Comitato partecipano inoltre, con diritto di voto, il Presidente della Provincia, il Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'Azienda territorialmente competente ed il Presidente dell'Ente gestore dei Servizi Sociali.
4. Possono, altresì, partecipare, senza diritto di voto, il Direttore del Distretto ed il Direttore dell'Ente gestore dei Servizi Sociali.

Art. 9.
(Università e Politecnico)

- d) Le Università degli studi di Torino, del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro ed il Politecnico di Torino partecipano al processo di programmazione socio-sanitaria, nel rispetto dei principi generali stabiliti dalla convenzione fra la Regione e gli Atenei piemontesi.
 - e) La Regione elabora protocolli d'intesa con le Università, per la regolamentazione dell'apporto delle facoltà di Medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e, contestualmente, l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle specifiche finalità istituzionali.
 - f) Per la predisposizione dei protocolli di intesa è costituita un'apposita commissione paritetica con funzione di supporto tecnico, nominata dalla Giunta regionale su designazione degli enti interessati. Per i problemi specifici delle singole sedi universitarie la commissione viene articolata territorialmente.
4. La Regione elabora protocolli con le Università per la formazione di figure professionali afferenti al comparto socio- sanitario.

Art. 10.
(Partecipazione alla programmazione)

1. La Regione prevede, nella fase di elaborazione degli atti di programmazione, la partecipazione degli assistiti, 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 in ambito regionale e locale, avvalendosi del contributo tecnico degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate.

2. La partecipazione, in ambito regionale e locale, si realizza essenzialmente attraverso:
 - a) la consultazione, nella fase di elaborazione degli atti di programmazione;
 - b) la concertazione con le organizzazioni sindacali confederali maggiormente rappresentative a livello nazionale.
3. La Giunta regionale, ai sensi dell'articolo 14, comma 2 del d. lgs. 502/1992, istituisce e disciplina con proprio provvedimento, quale strumento partecipativo, un'apposita conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale in ogni Azienda Sanitaria.

Capo III

Gli strumenti della programmazione socio sanitaria

Art. 11.

(Piano socio-sanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche economico-finanziarie, definisce gli obiettivi di salute e di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione dei servizi socio-sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, rilevati attraverso gli strumenti di cui all'articolo 2 e idonei indicatori dello stato di salute della popolazione medesima.
2. Il piano socio-sanitario regionale è approvato dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale che acquisisce il parere della Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale di cui all'articolo 6, nell'anno di inizio del periodo al quale si riferisce la programmazione.

Art. 12.

(Contenuti del piano socio-sanitario regionale)

1. Il piano socio-sanitario regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo dei servizi socio-sanitari regionali, definendo in particolare:
 - a) lo stato di salute della popolazione piemontese e i principali problemi cui attribuire priorità nella programmazione;
 - b) le eventuali criticità presenti nel sistema;
 - c) i criteri per il dimensionamento ottimale, per la distribuzione territoriale e per l'articolazione in rete dei servizi, ivi compresi quelli sovrazionali;
 - d) i criteri generali per l'attivazione di forme innovative di erogazione delle

prestazioni socio-sanitarie;

- e) i criteri generali per l'organizzazione dei servizi e delle aziende sanitarie regionali;
 - f) i metodi e gli strumenti da adottare per il governo delle aziende sanitarie regionali;
 - g) il quadro delle risorse umane e finanziarie finalizzate al raggiungimento degli obiettivi;
 - h) i principi ispiratori per la revisione del sistema di accreditamento dei servizi;
 - i) il ruolo dei soggetti erogatori privati all'interno del sistema, nell'ambito della competenza programmatoria pubblica;
 - l) criteri e modalità di partecipazione dei cittadini alla spesa sociale.
2. Il piano socio-sanitario regionale si attua attraverso gli strumenti di programmazione di cui all'articolo 2.

Art. 13.

(Relazione socio sanitaria e documenti informativi periodici)

1. La relazione socio-sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni socio-sanitarie aziendali, le valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano socio-sanitario regionale.
2. La Giunta regionale presenta ogni tre anni la relazione socio-sanitaria e la trasmette al Consiglio regionale e alla conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
3. La Giunta regionale presenta ogni anno un documento di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito agli obiettivi di salute.
4. Il Consiglio regionale, in base ai risultati di salute della programmazione socio-sanitaria regionale emergenti dalla relazione socio-sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta regionale anche per adeguare gli strumenti di programmazione socio-sanitaria da approvarsi da parte del Consiglio medesimo.

Art. 14.

(Profili e piani di salute PEPS)

1. Il PEPS è lo strumento con cui la comunità locale, a livello distrettuale, definisce il proprio profilo di salute, individua gli obiettivi di salute e produce linee di indirizzo volte ad orientare le politiche del territorio.
2. E' compito del PEPS:
 - a) definire gli obiettivi prioritari di salute e benessere;
 - b) identificare tutti i soggetti coinvolti, i rispettivi ruoli e i contributi specifici;
 - c) attivare gli strumenti di valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

3. I piani attuativi locali di cui al successivo art. 15 recepiscono gli obiettivi di salute previsti dai PEPS e relativi alla rete dei servizi socio-sanitari.
4. Il Comitato dei Sindaci di cui all'articolo 8, sentiti i soggetti interessati e previa concertazione con gli enti istituzionali e le organizzazioni sindacali di cui all'articolo 10, comma 2, predispone il PEPS e lo approva a maggioranza.
5. Le ASL forniscono l'assistenza necessaria, assicurano la partecipazione al processo di elaborazione e approvazione dei PEPS e garantiscono la disponibilità di tutte le informazioni epidemiologiche relative alla popolazione del Distretto.
6. Ai fini di cui al comma 2, il PEPS orienta la programmazione e tiene conto degli atti fondamentali di indirizzo regionali, provinciali e comunali compresi i Piani di zona di cui all'articolo 2 e assicura il raccordo con altri enti pubblici interessati, con le strutture di assistenza, le organizzazioni di volontariato, le associazioni di promozione sociale, la cooperazione sociale e il terzo settore.
7. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PEPS, di concerto con le Province.
8. Il PEPS ha la durata del Piano Socio-Sanitario Regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

Art. 15.
(Piani attuativi locali)

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi impartiti dalle conferenze dei sindaci di cui all'articolo 7, le aziende sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, quanto previsto dai PEPS di distretto e dai piani di zona di cui all'articolo 2; il piano attuativo locale ha la durata del Piano Socio-Sanitario Regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.
2. La Conferenza dei sindaci di ASL, di cui all'articolo 7, determina indirizzi e definisce criteri per la elaborazione del piano attuativo locale da parte delle aziende sanitarie locali.
3. Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale, previo confronto con le organizzazioni sindacali di cui all'articolo 10, adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza dei sindaci, per acquisirne il parere.
4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato, corredato del parere della conferenza dei sindaci, alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale.
5. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività.
6. Il direttore generale dell'azienda sanitaria locale adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento, per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria, con il

Comitato dei Sindaci di Distretto di cui all'art. 8, e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci e alla Giunta regionale.

7. La Giunta regionale delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente articolo.

Art. 15 bis.
(Programma di attività territoriale PAT)

1. Il Piano attuativo locale, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, si realizza attraverso i programmi di attività territoriali di distretto (PAT), di cui all'art. 3-quater del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., a valenza annuale, che recepiscono i PEPS e i Piani di zona di cui all'art. 2 a valenza pluriennale.
2. Il Direttore generale dell'Azienda sanitaria locale adotta il PAT proposto dal Direttore di distretto entro l'anno precedente a quello di riferimento previo parere del Comitato dei sindaci di distretto e lo trasmette alla Conferenza dei sindaci e alla Giunta regionale.
3. La Giunta regionale delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente e al precedente articolo.

Art. 16.
(Piani attuativi delle Aziende ospedaliere)

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nell'ambito delle disposizioni della programmazione socio-sanitaria regionale e degli indirizzi e valutazioni della conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria locale nel cui territorio è ubicata, l'azienda ospedaliera programma le attività di propria competenza.
2. Il piano attuativo ospedaliero ha la durata del Piano Socio-Sanitario Regionale e può prevedere aggiornamenti annuali.
3. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera, previo confronto con le organizzazioni sindacali di cui all'articolo 10, adotta il piano attuativo ospedaliero e lo trasmette alla conferenza dei sindaci di cui al comma 1 per l'acquisizione del parere di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla programmazione socio-sanitaria regionale, lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento.
4. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività.
5. Il direttore generale dell'azienda ospedaliera adotta il programma annuale di attività di cui al comma 4 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla conferenza dei sindaci di cui al comma 1 e alla Giunta regionale.
6. La Giunta regionale delibera specifiche linee guida per la predisposizione dei programmi di cui al presente articolo.

Art. 17.
(Relazione socio-sanitaria aziendale)

1. La relazione socio-sanitaria aziendale è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio-sanitaria regionale e aziendale.
2. La relazione socio-sanitaria aziendale è predisposta dal direttore generale, previo parere del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.
3. La relazione socio-sanitaria aziendale è trasmessa:
 - a) dalle aziende sanitarie locali alla Giunta regionale e alle rispettive conferenze dei sindaci;
 - b) dalle aziende ospedaliere alla Giunta regionale e alla conferenza dei sindaci dell'azienda sanitaria locale nel cui territorio sono ubicate.
4. Le conferenze dei sindaci esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni socio-sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale anche ai fini della valutazione sull'operato del Direttore generale.

TITOLO III

RIASSETTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Art. 18.
(Nuovi ambiti territoriali delle Aziende sanitarie locali)

1. Con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e sentita la Conferenza permanente, di cui all'articolo 6 che si esprime entro trenta giorni dalla richiesta, sono individuate le nuove Aziende sanitarie locali ed i relativi ambiti territoriali.
2. Gli ambiti territoriali delle nuove Aziende devono, di norma, corrispondere ai territori delle Province, ferma restando la facoltà di mantenere nelle Aziende, in relazione ai bisogni dei cittadini, Comuni di altra Provincia.
3. Nel caso in cui la singola Provincia abbia una popolazione superiore a 400.000 abitanti, è facoltà del Consiglio regionale, con le procedure di cui al comma 1, di individuare un numero maggiore di Aziende.
4. Le nuove Aziende sanitarie locali sono costituite in azienda, con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con decreti del Presidente della Giunta regionale, con i quali è altresì dichiarata l'estinzione delle ASL preesistenti.

Art. 19.
**(Articolazione distrettuale delle Aziende sanitarie locali
e delle attività socio-sanitarie)**

1. I distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, costituiscono l'articolazione territoriale delle Aziende sanitarie locali e l'ambito ottimale per l'integrazione delle attività socio-sanitarie. Per le aree montane e le zone a scarsa densità abitativa il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, individua criteri specifici per il dimensionamento ottimale dell'ambito distrettuale.
2. L'articolazione distrettuale viene realizzata al fine di:
 - a) governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari;
 - b) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;
 - c) promuovere iniziative di corretta comunicazione ed informazione ai cittadini;
 - d) garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
 - e) assicurare il coordinamento fra le attività territoriali, di prevenzione e quelle ospedaliere;
 - f) valutare l'efficacia degli interventi.
3. La definizione degli ambiti territoriali distrettuali, spetta al Direttore generale, sulla base dei criteri di cui al comma 1 e delle finalità indicate al comma 2, previa concertazione con la Conferenza dei Sindaci. In caso di mancato accordo la Giunta regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato.

Art. 20.
(Aziende sanitarie ospedaliere)

1. Le Aziende sanitarie ospedaliere costituite ed operanti alla data di entrata in vigore della presente legge sono confermate.
2. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale e sentita la Conferenza permanente di cui all'articolo 6, delibera l'istituzione e la soppressione delle Aziende di cui al comma 1, ovvero modifica l'assegnazione alle stesse dei singoli presidi ospedalieri.
3. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale formulata previa intesa con le Università degli studi di Torino e del Piemonte orientale Amedeo Avogadro, istituisce le Aziende ospedaliero-universitarie.

Art. 21.
(Articolazione territoriale degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali)

1. La coincidenza fra gli ambiti territoriali dei distretti di cui all'articolo 19 e quelli degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali costituisce la forma idonea per la gestione ottimale delle funzioni socio-sanitarie e rappresenta l'obiettivo da raggiungere entro il termine di tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge.
2. La Regione promuove ed incentiva, anche finanziariamente, il raggiungimento di tale coincidenza, a seguito di presentazione da parte del Comitato di cui all'articolo 8 di apposita proposta, entro il termine di diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Art. 22.
(Aree di coordinamento sovrazonale)

1. La Giunta regionale individua i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni vengono espletate a livello di area di coordinamento sovrazonale, successivamente denominata area.
2. Le funzioni che possono essere oggetto dell'individuazione di cui al precedente comma sono quelle relative all'approvvigionamento di beni e servizi, alla gestione dei magazzini, alla logistica, alla gestione delle reti informative e all'organizzazione dei centri di prenotazione.
3. La Giunta regionale individua altresì, sulla base di analisi epidemiologiche che evidenzino situazioni a forte valenza territoriale, le funzioni diagnostiche e cliniche da espletarsi a livello di area.
4. I criteri per l'individuazione delle modalità gestionali di cui ai commi 1 e 3 sono improntati al conseguimento del miglior livello di efficacia ed efficienza.
5. La Giunta regionale individua le Aziende sanitarie che vengono incaricate di svolgere specifiche funzioni che supportano, integrano e sostituiscono i relativi servizi di altre Aziende sanitarie.

TITOLO IV

ABROGAZIONI

Art. 23.
(Abrogazione di norme)

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni regionali:
 - a) legge regionale 12 dicembre 1997 n. 61 (Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale per il triennio 1997/1999);
 - b) legge regionale 22 settembre 1994 n. 39 (Individuazione delle Aziende Sanitarie Regionali), con effetto dalla data di esecutività delle deliberazioni del Consiglio regionale di cui agli articoli 17 e 19;
 - c) gli articoli 2, 5, 6 e 8 della l.r. 30/1984, come da ultimo modificati dalla legge regionale 25 ottobre 1996, n. 78.