

## **Dati informativi concernenti la legge regionale 28 dicembre 2018, n. 48**

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 - Procedimento di formazione
- 2 - Relazione al Consiglio regionale
- 3 - Note agli articoli
- 4 - Struttura di riferimento

### **1. Procedimento di formazione**

- La Giunta regionale, su proposta del Presidente Luca Zaia, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 28 maggio 2018, n. 13/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 31 maggio 2018, dove ha acquisito il n. 357 del registro dei progetti di legge;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta Commissione consiliare;
- La Quinta Commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 27 novembre 2018;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Fabrizio Boron, e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il consigliere Claudio Sinigaglia, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 19 dicembre 2018, n. 49.

### **2. Relazione al Consiglio regionale**

Relazione della Quinta Commissione consiliare, relatore il Presidente della stessa, consigliere Fabrizio Boron, nel testo che segue:

“Signor Presidente, colleghi consiglieri,

la presente proposta di Piano è formulata in continuità con quanto già oggetto della vigente programmazione sanitaria definita con il Piano socio sanitario regionale approvato con legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 e va letta come aggiornamento e integrazione dello stesso, a seguito delle significative riforme intercorse medio tempore.

Negli ultimi anni, infatti, numerosi sono stati gli interventi adottati in sede nazionale dettati soprattutto dalle cogenti necessità di contenimento della spesa pubblica e di standardizzazione della natura e della qualità delle prestazioni assistenziali erogate dalle regioni, con l'obiettivo primario di garantire la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Così pure è stata pervasiva, a livello di governo regionale, l'adozione della disciplina di riordino del Servizio sanitario regionale, introdotta con legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19, che ha istituito l'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della regione del Veneto - Azienda Zero” e ha dettato disposizioni per l'individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS. Il riordino territoriale delle Aziende ULSS, il cui numero è diminuito passando dalle precedenti ventuno alle attuali nove, consente una visione più ampia a livello di governo locale e una maggiore flessibilità nell'utilizzo e nell'allocazione delle risorse presenti sul territorio, anche grazie alle economie di scala che potranno essere agite sui servizi di supporto.

Da ultimo, in questa cornice di riferimento, si inserisce il recente percorso che ha portato, il 28 febbraio scorso, alla sottoscrizione dell'Accordo preliminare con il Governo ai sensi dell'articolo 116 della Costituzione. Detto Accordo preliminare introduce uno spazio regionale di “autonomia differenziata” e, in particolare in materia di Tutela della Salute, riconosce ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa e legislativa con riferimento a rilevanti settori sui quali l'intervento dello Stato ha determinato notevoli limitazioni all'azione delle regioni. I contenuti di tale Accordo riservano uno spazio che potrà essere fonte di un impatto rilevante in alcune aree principali di intervento lasciate alla determinazione dell'autonomia regionale, quali la valorizzazione delle risorse umane del SSR, il sistema tariffario sia sotto il profilo del rimborso che della compartecipazione, la spesa farmaceutica in caso di inerzia dell'Agenzia italiana del farmaco.

In questo quadro normativo e in questo percorso preliminare volto ad ottenere forme di “autonomia differenziata”, si inserisce l'odierna proposta di “Piano socio sanitario regionale 2019-2023”. Tale strumento di pianificazione regionale intende offrire una guida per sviluppare e consolidare i principali tratti evolutivi del sistema socio sanitario veneto, già introdotti con il Piano socio sanitario 2012-2016, proiettandoli nel panorama del prossimo quinquennio. Le azioni già intraprese, dunque, si dovranno conciliare con lo sviluppo di misure atte a garantire la sostenibilità dell'universalità di cure e a proseguire le azioni di miglioramento degli strumenti necessari per affrontare i bisogni di salute, raccogliendo la sfida per gestire le inevitabili contraddizioni offerte dall'osservazione delle complessità della realtà odierna.

In particolare, il Piano approfondisce le relazioni tra fabbisogno assistenziale e risposte del servizio sanitario veneto in termini di offerta, con analisi dedicate, suddivise in due parti.

La prima, focalizzata sul profilo dei bisogni, con particolare riferimento ai seguenti ambiti:

- impatto dello scenario epidemiologico sulla domanda di servizi sanitari;
- promozione della salute e la prevenzione dei fattori di rischio;

- programmazione socio sanitaria della Regione del Veneto;
- salute della donna e del bambino;
- percorso del paziente in ospedale;
- presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e assistenza;
- malattie rare;
- salute mentale;
- integrazione socio sanitaria.

La seconda, focalizzata sul profilo dei sistemi di supporto all'erogazione di prestazioni socio-assistenziali, con particolare riferimento agli ulteriori ambiti:

- governo del sistema e il governo delle aziende;
- gestione del patrimonio informativo socio-sanitario;
- governo della farmaceutica e dei dispositivi medici;
- governo e le politiche per il personale;
- gestione delle risorse finanziarie e strumentali;
- ricerca, innovazione e valutazione delle tecnologie sanitarie;
- rapporti con l'università.

L'iter per la predisposizione del nuovo Piano si è articolato, in ossequio a quanto previsto dall'articolo 2, comma 4 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, in audizioni dei direttori generali delle Aziende ULSS e nella presentazione dei contenuti del Piano agli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, alle Università, alle organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, agli ordini delle professioni sanitarie, agli organismi di volontariato e al privato sociale.

Il provvedimento legislativo d'iniziativa della Giunta regionale è stato assegnato il 5 giugno 2018 in sede referente alla Quinta Commissione consiliare, come progetto di legge regionale n. 357.

In data 1° giugno 2018 è stata trasmessa al Consiglio regionale la scheda di analisi economico finanziaria redatta dalla competente struttura di Giunta regionale.

Successivamente la Quinta Commissione ha effettuato le consultazioni con i soggetti maggiormente rappresentativi a livello regionale nel corso di cinque sedute appositamente dedicate: 30 luglio, 10, 12 e 13 settembre e 9 ottobre 2018.

La scheda di inquadramento normativo, predisposta dal Servizio Affari giuridici e legislativi, è pervenuta l'8 ottobre 2018.

Le note di lettura e ricognizione degli impatti economico finanziari redatte dal Servizio Attività e rapporti istituzionali sono pervenute in data 22 novembre 2018.

La Prima Commissione consiliare ha espresso parere favorevole in data 22 novembre 2018.

La Quinta Commissione consiliare nella seduta del 27 novembre 2018 ha licenziato, a maggioranza il progetto di legge in oggetto.

Hanno espresso voto favorevole: il presidente Boron e i consiglieri Brescacin (Zaia Presidente), Barbisan R., Finco, Semenzato (Liga Veneta - Lega Nord), Barbisan F. (Centro destra Veneto - Autonomia e libertà), Barison (Fratelli d'Italia - Movimento per la cultura rurale).

Hanno espresso voto contrario: i consiglieri Pigozzo, Salemi, Sinigaglia (Partito Democratico), Bartelle e Berti (Movimento 5 Stelle).

Hanno espresso voto di astensione: i consiglieri Ferrari (Alessandra Moretti Presidente) e Negro (Veneto cuore autonomo).";

Relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il consigliere Claudio Sinigaglia, nel testo che segue:

“Signor Presidente, colleghi consiglieri,

cari colleghi, è davvero possibile discutere e approvare il nuovo Piano socio-sanitario in queste condizioni, ovvero senza la presenza in Aula dell'Assessore alla Sanità, ovvero senza una regia politica? È vero che la Giunta è un organo collegiale, però è anche vero che, lasciatemelo dire, l'assenza dell'Assessore, in un momento decisivo per il Piano socio-sanitario, è incredibile.

Mi dispiace dirlo, ma siamo al cospetto non di un vero e proprio Piano socio-sanitario, bensì di atti preparatori del nuovo Piano, infarciti peraltro di numerosi passaggi gestionali contraddittori, contenuti soprattutto nell'allegato. Siamo inoltre di fronte ad un testo tecnico che presenta diverse soluzioni ma non traccia la chiara direzione politica della programmazione. Questo invece poteva e doveva essere un Piano socio-sanitario nel segno della protezione socio-sanitaria, dell'implementazione del modello veneto, ovvero dell'integrazione socio-sanitaria e del potenziamento dei servizi territoriali. Di tutto ciò si ravvisa ben poco.

Manca innanzitutto la valutazione di ciò che è successo dopo l'approvazione della legge regionale 19 del 2016, mentre era doveroso capire ed approfondire quanto sta succedendo con l'attivazione dell'Azienda Zero e con la riduzione delle ULSS. Addirittura la Commissione non ha avuto, per volontà della maggioranza, alcun dialogo con i Direttori Generali che potevano spiegarci i punti di forza e di criticità della riduzione delle ULSS. Questa è una grave colpa, caro Presidente della Quinta Commissione: i Direttori Generali sono manager che devono dirci cosa va e cosa non va nell'esecuzione della programmazione. Il non averli voluti sentire rappresenta una loro riduzione a rango di meri esecutori che non sono in grado di esprimere suggerimenti, consigli e riflessioni su quale sia la strada più opportuna per elaborare un buon Piano socio-sanitario.

Eppure, molte critiche espresse dal sistema socio-sanitario attuale si concentrano sull'accentramento compiuto dall'azienda Zero e sulla capacità attrattiva degli ospedali Hub a scapito degli spoke: possiamo esaminare oggi queste critiche oppure le prenderemo in considerazione quando il sistema non funzionerà più?

Tanto per far comprendere la dimensione dei problemi, riporto una notizia di pochi giorni fa: altri quattro pediatri si sono licenziati a Camposampiero: in totale sono sette, sostituiti da quelli di Vicenza. Resta incomprensibile come i pediatri di Vicenza possano sostituire quelli di Camposampiero mantenendo il servizio in ambo le strutture. Chiediamoci il perché di questa fuga dei medici dal servizio sanitario pubblico. Perché i medici si orientano quasi esclusivamente a spendere il loro progetto di vita professionale negli hub? Proviamo a capirlo veramente, proviamo a dare risposte oppure no? Questa era l'analisi da fare.

L'Azienda Zero sta raggiungendo gli obiettivi prefissati? È al servizio delle ULSS o impone alle ULSS scelte che si caratterizzano prettamente sul versante economicistico, a scapito della qualità dell'assistenza? E ancora: che senso ha affidare continuamente alle cooperative i contenuti dell'assistenza domiciliare o chiudere l'assistenza domiciliare infermieristica notturna a partire dal 28 febbraio con una semplice circolare? Come sta avvenendo l'assunzione in ruolo del personale presso l'Azienda Zero?

Bisognava forse capire questi nodi prima di entrare nel merito del Piano socio-sanitario.

L'Azienda Zero deve crescere in primo luogo in trasparenza, efficienza, qualità, con l'obiettivo di dare qualità e servizi e non per farli semplicemente costare meno. Altrimenti, diciamolo chiaramente, l'obiettivo è di spingere la cittadinanza verso la sanità privata, accreditata, ma sempre privata.

Come ha fatto l'Emilia Romagna ad abolire il superticket o come si fa a ridurlo? Semplice, mettendoci la quota richiesta dal Ministero grazie ai finanziamenti ad hoc della Regione.

Voi, con la vostra fermezza, dopo aver ridotto il budget di qualche milione nei confronti delle strutture accreditate, consentite loro di fare milioni di visite specialistiche, prelievi ed esami di laboratorio, perché risultano più convenienti da loro: un harakiri pazzesco della Sanità pubblica.

Altre questioni: perché i Sindaci non riescono ad avere un proficuo contatto con i Direttori generali e con i Direttori del sociale? Perché nel territorio non si sostituisce il personale mancante? Quant'è il personale mancante nel territorio? Queste disfunzioni ci sono e le avete capite anche voi, tanto che alle vecchie e care ULSS avete sostituito i Distretti. Nel Piano voi sostituite le ULSS con i Distretti, potenziate il Distretto in modo tale che almeno nel territorio possono fare ciò che prima facevano le ULSS. Questo è uno dei temi forti che avete introdotto nel Piano socio-sanitario: la sostituzione delle vecchie ULSS con i Distretti.

Questo - mi dispiace contraddire in maniera totale l'introduzione del presidente Boron della Quinta Commissione - non è il piano della continuità. Questo non è un aggiornamento, bensì è un Piano in netta discontinuità con quello precedente. Qualche esempio per farlo capire: il Piano precedente aveva introdotto la classificazione degli ospedali in hub e spoke, ridotto i posti letto ospedalieri (circa 1.300), promettendo la loro sostituzione con i posti letto delle strutture intermedie. 500 su 1.500: qualcosa è stato fatto.

Ora introducete con forza nel Piano socio-sanitario due provvedimenti. Da un lato il DM 70 del 2015, che obbliga ad organizzare gli ospedali in base agli standard in esso definiti. Dall'altro il Piano esiti, che misura la quantità dell'attività. Questi due provvedimenti rivoluzioneranno per forza di cose l'organizzazione ospedaliera: cambiate la logica degli ospedali di rete a due gambe, tanto per capirsi, rafforzando il rapporto dei singoli ospedali con l'hub e creando i dipartimenti ospedalieri con l'équipe che dovrà eseguire gli interventi in più ospedali per raggiungere le quantità previste dal Piano esiti.

Rafforzate le reti cliniche: nel Piano sono aumentate notevolmente. E puntate sulla specializzazione degli ospedali che spero sarà diversa come esito rispetto al Centro Traumatologico di Camposampiero. Ma tutto questo lascerà inalterate le schede.

Voi, in sede di presentazione, avete garantito che "nessun ospedale verrà toccato, le schede sostanzialmente rimarranno invariate". Io dico che è impossibile. Ci sarà invece una rivisitazione forte delle strutture ospedaliere, anche nel territorio dove si gioca la vera sfida che è quella sul fronte della cronicità. Anche nel territorio infatti c'è discontinuità: non sono più le medicine di gruppo integrate o il medico di medicina generale a fare da punto di riferimento, ma il nuovo vertice organizzativo ed il direttore del Distretto cui avete dato un'enorme mole di responsabilità da sobbarcarsi. Ormai, dal punto di vista delle funzioni da svolgere, conta più il Direttore del Distretto rispetto al Direttore Generale.

Stupefacente è stata poi l'eliminazione delle medicine di gruppo integrate che invece di essere aperte 12 ore consecutivamente, dalle ore 8,00 alle ore 20,00, anche per ridurre gli interventi impropri al Pronto Soccorso, ora verranno ridimensionate ad un'attività di 8 ore. Ma soprattutto non erogheranno più i servizi concordati con il contratto di esercizio. Quindi niente più prevenzione, screening, presa in carico della BPCO, malattie asmatiche, diabete, cardiologia, erogazione del Tao e Coumadin. Perché le avete eliminate? Con quale alternativa? Le avete eliminate per introdurre le medicine di gruppo accreditate, concesse a qualche bel gruppo di medicina accreditata o a qualche Consorzio di medici accreditato che si attiverà per raggiungere gli obiettivi voluti dalla Regione. Non è uno scivolamento anche questo verso il privato?

E veniamo alla medicina legata alla cronicità: anche qui si riscontra una forte discontinuità. Nella presa in carico della cronicità complessa entra in gioco l'équipe multi-specialistica, estromettendo il medico di medicina generale, creando un percorso parallelo mai attivato finora, una proposta che ricopia in gran parte la proposta lombarda, che è clamorosamente fallita.

Altro tema: "Iso risorse". Questo è il mantra del nuovo piano. Non so se prevarrà la linea della Donazzan, che vuole fare a tutti il test antidroga. Ma la vera domanda è: come finanzieremo tutta la partita tipica del sociale e del socio sanitario, dal piano dipendenze alla tutela dei minori e degli adolescenti, dai centri per le famiglie, all'affido, all'inserimento nelle comunità per i minori all'inserimento dei disabili?

Purtroppo la soluzione che sta per essere attuata è quella di ridurre i servizi. Tutto questo basandosi sull'idea che "tanto chi se ne accorge se un minore è stato affidato oppure no? Chi se ne accorge se un disabile è entrato in un CEOD oppure rimane in lista d'attesa?"

La "Iso risorse" dice poi un'altra cosa nel Piano: "Noi finanzieremo solo i LEA, nessun extra LEA". Alla fine abbiamo i conti in ordine, addirittura quasi 50 milioni di risparmi: questo è il consuntivo 2017. Ma nel frattempo dal territorio si stanno levando grida di sofferenza che non sono ascoltate.

Grida che sollevano a loro volta questioni cruciali: lo facciamo oppure no il nuovo Piano per la Tutela dei minori? Perché abbiamo la spesa più bassa di tutte le Regioni per quanto riguarda la salute mentale, avendo a carico 70.000 persone adulte e 20.000 minori?

Non entro nell'ambito del clamoroso fallimento della gestione sul fronte della non-autosufficienza, lo farà dopo di me il Capogruppo Fracasso. Ma non avere ancora approvato la riforma delle IPAB è una scelta precisa che avvantaggia qualcuno a discapito di altri. Anche nel nuovo Piano le indicazioni pervenute sono incerte e generatrici non di chiarezza ma, piuttosto, di ulteriore confusione, e soprattutto danno la possibilità al privato commerciale di investire nella nostra Regione.

Il Gruppo del PD ha lavorato predisponendo un'organica serie di proposte per migliorare il Piano, dare un apporto costruttivo. Per noi il diritto alla salute viene prima di tutto. Non ci siamo dilungati in tattiche ostruzionistiche e devo riconoscere che molto di ciò che abbiamo proposto ci è stato concesso, anche se alle volte non ci è stato riconosciuto il merito del contributo, preferendo, secondo la tattica dell'assessore Lanzarin, una riscrittura silenziosa.

La Commissione Sanità ha recepito queste nostre proposte: aumento delle strutture intermedie fino allo 0,8 per mille nelle zone con specificità; attivazione del Piano straordinario distrettuale per l'assistenza domiciliare; operazione trasparenza: sapremo a fine anno quali sono i finanziamenti che hanno ricevuto i privati; recepimento dell'accordo con i sindacati (in particolare per l'attività ispettiva dello SPISAL e l'assunzione di 30 Ispettori); l'obiettivo del fascicolo sanitario elettronico e della tessera sanitaria elettronica entro il 2019; l'attivazione di un registro in ogni ULSS delle liste d'attesa per i disabili, nei centri diurni e nelle comunità residenziali; la possibilità di attivare le fondazioni di comunità o di partecipazione per il "Dopo di noi"; spazi dedicati nei pronti soccorso alle persone disabili o non autosufficienti; attivazione della tessera elettronica per i celiaci; centri regionali di riferimento per la diagnosi precoce dell'autismo; promozione della cultura della donazione sangue, midollo, organi; recepimento delle direttive europee per l'attività dei veterinari; percorso di rete preventivo per il West Nile virus: quest'anno ricordo che sono state 19 le vittime; riconoscimento delle specificità di Belluno, laguna di Venezia e Polesine; attivazione del 70% delle medicine di gruppo integrate nel prossimo biennio (ora sono attivate solo 70 su 350); inserimento del capitolo umanizzazione delle cure dei servizi; programmazione triennale degli investimenti; cooperazione allo sviluppo e solidarietà internazionale in sanità; attivazione della rete clinica dei disturbi del comportamento alimentare.

Abbiamo dunque apportato elementi costruttivi importanti, con l'obiettivo di ottenere risposte valide per gli indigenti, per l'innovazione del welfare, per il ruolo dei sindaci, per il personale sanitario, la non-autosufficienza, la medicina di gruppo integrata. Insisteremo con i nostri emendamenti, per evitare la deriva nel privato, nella finanza etica creativa affidata a fondi di varia natura. Per evitare un accentramento che depaupera e indebolisce il vasto e variegato territorio veneto.

Confidando in una maggiore autonomia del Consiglio nel prendersi la responsabilità delle decisioni senza abdicare continuamente alla volontà impositiva-legislativa della Giunta, auguro a tutti un buon lavoro.”

### 3. Note agli articoli

#### *Note all'articolo 1*

Il testo dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992 è il seguente:

“Art. 1 (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3, e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predisporre il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle

regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle diseguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovraregionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il Piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all' articolo 8-quinquies.”.

Il testo degli artt. 2 e 6 della legge regionale n. 56/1994 è il seguente:

“Art. 2 - Compiti della Regione.

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

2. La Regione disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.

3. La Giunta regionale vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.

4. La Giunta regionale, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

5. (omissis)”.

“Art. 6 - Strumenti della programmazione socio sanitaria.

1. La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale:

1 bis. Il piano socio-sanitario regionale ha durata quinquennale.

2. Il piano socio-sanitario regionale:

a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;

b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al quinquennio.

3. Sono strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere:

a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;

b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

4. Omissis.”.

### **Nota all'articolo 3**

Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 21/2010, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 2 - Attività e compiti.

1. *Alla struttura ispettiva competono funzioni ispettive e di vigilanza di secondo grado, di carattere amministrativo, contabile e funzionale, in ambito sociale, sanitario e socio-sanitario, nei confronti dei soggetti previsti dall'articolo 1, comma 1, della presente legge.*

2. Particolare rilevanza nello svolgimento dell'attività di controllo è attribuita al rapporto della struttura ispettiva con i collegi sindacali o dei revisori dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 1, della presente legge.

3. L'attività ispettiva può essere ordinaria e straordinaria.

4. L'attività ordinaria viene effettuata in conformità al piano annuale di attività predisposto, entro il primo trimestre di ogni anno, dalla commissione consiliare di intesa con la Giunta regionale, al fine di consentire il coordinamento con la programmazione regionale.

5. L'attività ispettiva straordinaria verte su fattispecie particolari e può essere attivata su segnalazione della Giunta regionale o dei suoi componenti ovvero dei componenti del Consiglio regionale. La commissione consiliare, con espressa motivazione, può individuare fra le segnalazioni pervenute quelle ritenute prioritarie.

6. Qualora la struttura ispettiva accerti nello svolgimento della propria attività irregolarità o inefficienze invia alla commissione consiliare specifiche relazioni con le proprie osservazioni e proposte.

7. Il presidente della commissione consiliare invia gli esiti dell'attività di ispezione e di vigilanza alla Giunta regionale ai fini dell'eventuale adozione dei conseguenti provvedimenti; la Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'invio, relaziona puntualmente sulla attività intrapresa.”.

#### **Nota all'articolo 4**

Il testo dell'art. 15 della legge regionale statutaria n. 1/2012 è il seguente:

“Art. 15 - Specificità delle singole comunità, dei territori montani e della Provincia di Belluno.

1. La Regione riconosce le specificità delle singole comunità che compongono il Veneto.

2. Ferma la salvaguardia delle esigenze di carattere unitario della Regione, la legge regionale può conferire, previe apposite intese, particolari competenze amministrative a province o ad enti locali associati, trasferendo contestualmente le risorse necessarie per l'esercizio di tali funzioni.

3. La Regione, per incentivare uno sviluppo armonioso, impronta la propria azione a realizzare il rafforzamento della coesione economica, sociale e territoriale, rivolgendo un'attenzione particolare alle zone rurali, alle isole lagunari, alle aree deltizie, alle zone interessate da transizione industriale e a quelle che presentano gravi e permanenti svantaggi naturali o demografici.

4. Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, la Regione conferisce, con legge, forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa e finanziaria agli enti locali, singoli o associati, che ne facciano richiesta, il cui territorio sia in tutto o in parte montano.

5. La Regione, ferma la salvaguardia delle esigenze di carattere unitario, conferisce con legge alla Provincia di Belluno, in considerazione della specificità del suo territorio transfrontaliero e interamente montano nonché abitato da significative minoranze linguistiche, forme e condizioni particolari di autonomia amministrativa, regolamentare e finanziaria in particolare in materia di politiche transfrontaliere, minoranze linguistiche, governo del territorio, risorse idriche ed energetiche, viabilità e trasporti, sostegno e promozione delle attività economiche, agricoltura e turismo. La Provincia di Belluno, d'intesa con le autonomie locali, in attuazione dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza e sulla base di appositi accordi, provvede a sua volta a conferire ai comuni o alle loro forme associative quelle funzioni amministrative che non richiedono l'esercizio unitario a livello provinciale.”.

#### **Nota all'articolo 6**

Il testo dell'art. 128 della legge regionale n. 11/2001 è il seguente:

“Art. 128 - Programmazione dei servizi sociali.

1. Ferme restando le funzioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, e nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 4 della legge n. 59/1997 e, delle disposizioni di cui alla legge n. 328/2000, la Regione provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della medesima legge n. 328/2000.

2. Con legge regionale, ai sensi del decreto legislativo n. 267/2000, sono indicati i principi della cooperazione dei comuni e delle province tra loro e la Regione, gli obiettivi generali della programmazione, le forme e i modi di partecipazione alla formazione dei piani e programmi regionali, e sono indicati i criteri e fissate le procedure per gli atti e gli strumenti della programmazione dei comuni e delle province rilevanti ai fini dei programmi regionali.

3. I comuni e le province svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

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

5. Il piano di zona, di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 56/1994 e agli articoli 4 e 5 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 , nonché previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000 , è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale.

5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni.

6. Le forme associative e di cooperazione di cui al decreto legislativo n. 267/2000 sono utilizzate dai soggetti interessati in armonia con la programmazione del piano di zona, al fine di conseguire un uniforme livello qualitativo dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria e di realizzare un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

7. La Giunta regionale individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del piano di zona da parte della Conferenza dei sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini, la Giunta regionale interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

8. La Giunta regionale individua strumenti, modalità e procedure per accertare, con riferimento al piano di zona, il conseguimento degli obiettivi e il connesso utilizzo delle risorse.

9. La realizzazione, il potenziamento, l'adattamento e la trasformazione di strutture per lo svolgimento di servizi sociali sono subordinate a preventiva autorizzazione. Tali autorizzazioni sono rilasciate dal sindaco del comune territorialmente competente previa acquisizione del provvedimento rilasciato dalla struttura regionale attestante la compatibilità del progetto con la programmazione regionale.

10. Nell'ipotesi d'intervento sostitutivo di cui al comma 7, le quote del fondo sociale regionale non attribuite per la mancata elaborazione, approvazione e realizzazione del piano di zona, sono assegnate ai soggetti istituzionali in conformità alle iniziative contenute nel piano di zona approvato in via sostitutiva.

11. Nella formulazione degli atti di programmazione regionale dei servizi sociali, ai sensi del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera mm) della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 328/2000 assume rilevanza strategica l'organizzazione e la realizzazione del sistema informativo regionale mediante la gestione informatica dei dati che consenta l'approfondita analisi delle esigenze sociali, la conoscenza delle risorse disponibili e l'equa distribuzione delle medesime, nonché la valutazione dei risultati in termini di rendimento e di verifica dei benefici.

12. Per le finalità di cui al comma 11 la Giunta regionale organizza di conseguenza le proprie strutture con apposito personale e promuove l'utile apporto degli enti locali e delle ULSS per la gestione di un patrimonio comune di informazioni."

#### **Note all'articolo 14**

Il testo dell'art. 7 della legge regionale n. 19/2016 è il seguente:

"Art. 7 - Personale.

1. L'Azienda Zero è dotata di personale proprio, acquisito mediante procedure di mobilità dalla Regione, dalle Aziende ULSS e dagli altri enti del servizio sanitario regionale e da altri enti pubblici, ovvero assunto direttamente mediante procedura concorsuale, qualora la professionalità richiesta non sia reperibile presso gli enti suindicati, previa autorizzazione della Giunta regionale sentita la competente Commissione consiliare; a tale personale è applicata la disciplina giuridica, economica e previdenziale del personale del servizio sanitario nazionale e il piano assunzioni viene approvato annualmente dalla Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare.

2. Il personale trasferito all'Azienda Zero mantiene:

- a) il trattamento economico fondamentale e accessorio ove più favorevole, limitatamente alle voci fisse e continuative, corrisposto dall'amministrazione di provenienza al momento dell'inquadramento, mediante l'erogazione di un assegno ad personam riassorbibile con i successivi miglioramenti economici a qualsiasi titolo conseguiti, nei casi in cui sia individuata la relativa copertura finanziaria, anche a valere sulle facoltà assunzionali;
- b) la facoltà di optare per l'inquadramento e il trattamento previdenziale di provenienza.

3. La dotazione organica definitiva dell'Azienda Zero è approvata dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, previa corrispondente riduzione della consistenza delle dotazioni organiche e dei relativi fondi contrattuali da parte degli enti di provenienza del personale con effetto dalla data di trasferimento dello stesso.

4. Il Direttore generale dell'Azienda Zero può avvalersi di personale in distacco da Aziende ULSS ed enti del servizio sanitario regionale, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica in materia di personale.

5. Gli incarichi dirigenziali possono essere conferiti a dipendenti in posizione di comando dall'ente Regione del Veneto, da enti regionali e da enti del servizio sanitario regionale in possesso della qualifica di dirigente e di adeguata esperienza professionale per l'incarico da ricoprire."

Il testo dell'art. 31 del decreto legislativo n. 165/2001 è il seguente:

"Articolo 31 Passaggio di dipendenti per effetto di trasferimento di attività(Art. 34 del D.Lgs n. 29 del 1993, come sostituito dall'art. 19 del D.Lgs n. 80 del 1998)

1. Fatte salve le disposizioni speciali, nel caso di trasferimento o conferimento di attività, svolte da pubbliche amministrazioni, enti pubblici o loro aziende o strutture, ad altri soggetti, pubblici o privati, al personale che passa alle dipendenze di tali soggetti si applicano l'articolo 2112 del codice civile e si osservano le procedure di informazione e di consultazione di cui all'articolo 47, commi da 1 a 4, della legge 29 dicembre 1990, n. 428."

Il testo dell'art. 47 della legge n. 428/1990 è il seguente:

“47. Trasferimenti di azienda.

1. Quando si intenda effettuare, ai sensi dell'articolo 2112 del codice civile, un trasferimento d'azienda in cui sono complessivamente occupati più di quindici lavoratori, anche nel caso in cui il trasferimento riguardi una parte d'azienda, ai sensi del medesimo articolo 2112, il cedente ed il cessionario devono darne comunicazione per iscritto almeno venticinque giorni prima che sia perfezionato l'atto da cui deriva il trasferimento o che sia raggiunta un'intesa vincolante tra le parti, se precedente, alle rispettive rappresentanze sindacali unitarie, ovvero alle rappresentanze sindacali aziendali costituite, a norma dell'articolo 19 della legge 20 maggio 1970, n. 300, nelle unità produttive interessate, nonché ai sindacati di categoria che hanno stipulato il contratto collettivo applicato nelle imprese interessate al trasferimento. In mancanza delle predette rappresentanze aziendali, resta fermo l'obbligo di comunicazione nei confronti dei sindacati di categoria comparativamente più rappresentativi e può essere assolto dal cedente e dal cessionario per il tramite dell'associazione sindacale alla quale aderiscono o conferiscono mandato. L'informazione deve riguardare: a) la data o la data proposta del trasferimento; b) i motivi del programmato trasferimento d'azienda; c) le sue conseguenze giuridiche, economiche e sociali per i lavoratori; d) le eventuali misure previste nei confronti di questi ultimi.

2. Su richiesta scritta delle rappresentanze sindacali o dei sindacati di categoria, comunicata entro sette giorni dal ricevimento della comunicazione di cui al comma 1, il cedente e il cessionario sono tenuti ad avviare, entro sette giorni dal ricevimento della predetta richiesta, un esame congiunto con i soggetti sindacali richiedenti. La consultazione si intende esaurita qualora, decorsi dieci giorni dal suo inizio, non sia stato raggiunto un accordo.

3. Il mancato rispetto, da parte del cedente o del cessionario, degli obblighi previsti dai commi 1 e 2 costituisce condotta antisindacale ai sensi dell'articolo 28 della legge 20 maggio 1970, n. 300.

4. Gli obblighi d'informazione e di esame congiunto previsti dal presente articolo devono essere assolti anche nel caso in cui la decisione relativa al trasferimento sia stata assunta da altra impresa controllante. La mancata trasmissione da parte di quest'ultima delle informazioni necessarie non giustifica l'inadempimento dei predetti obblighi.

4-bis. Nel caso in cui sia stato raggiunto un accordo circa il mantenimento, anche parziale, dell'occupazione, l'articolo 2112 del codice civile trova applicazione nei termini e con le limitazioni previste dall'accordo medesimo qualora il trasferimento riguardi aziende:

a) delle quali sia stato accertato lo stato di crisi aziendale, ai sensi dell'articolo 2, quinto comma, lettera c), della legge 12 agosto 1977, n. 675;

b) per le quali sia stata disposta l'amministrazione straordinaria, ai sensi del decreto legislativo 8 luglio 1999, n. 270, in caso di continuazione o di mancata cessazione dell'attività;

b-bis) per le quali vi sia stata la dichiarazione di apertura della procedura di concordato preventivo;

b-ter) per le quali vi sia stata l'omologazione dell'accordo di ristrutturazione dei debiti.

5. Qualora il trasferimento riguardi o imprese nei confronti delle quali vi sia stata dichiarazione di fallimento, omologazione di concordato preventivo consistente nella cessione dei beni, emanazione del provvedimento di liquidazione coatta amministrativa ovvero di sottoposizione all'amministrazione straordinaria, nel caso in cui la continuazione dell'attività non sia stata disposta o sia cessata e nel corso della consultazione di cui ai precedenti commi sia stato raggiunto un accordo circa il mantenimento anche parziale dell'occupazione, ai lavoratori il cui rapporto di lavoro continua con l'acquirente non trova applicazione l'articolo 2112 del codice civile, salvo che dall'accordo risultino condizioni di miglior favore. Il predetto accordo può altresì prevedere che il trasferimento non riguardi il personale eccedentario e che quest'ultimo continui a rimanere, in tutto o in parte, alle dipendenze dell'alienante.

6. I lavoratori che non passano alle dipendenze dell'acquirente, dell'affittuario o del subentrante hanno diritto di precedenza nelle assunzioni che questi ultimi effettuino entro un anno dalla data del trasferimento, ovvero entro il periodo maggiore stabilito dagli accordi collettivi. Nei confronti dei lavoratori predetti, che vengano assunti dall'acquirente, dall'affittuario o dal subentrante in un momento successivo al trasferimento d'azienda, non trova applicazione l'articolo 2112 del codice civile.”

### **Nota all'articolo 15**

Il testo dell'art. 37 della legge regionale n. 2/2007 è il seguente:

“Art. 37 - Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

1. Ai fini del concorso della Regione del Veneto alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)”, in attuazione del protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per un patto nazionale per la salute, sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, in data 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione, le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale si attengono alle disposizioni della presente legge dirette al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale.

2. Per il triennio 2007-2009 le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adottano misure di contenimento della spesa per il personale, complessivamente inteso, idonee a garantire che la spesa stessa risulti compatibile con gli obiettivi di bilancio assegnati dalla Regione a ciascuna azienda od ente. A tale fine le aziende e gli enti:

a) mettono in atto tutte le possibili azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi prima di ricorrere a nuove acquisizioni di risorse umane;

b) possono procedere al reclutamento di personale, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro, esclusivamente per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza;

c) devono in ogni caso osservare il limite del costo del personale sostenuto nell'anno 2006, fatti salvi i maggiori oneri derivanti dall'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. I limiti di cui alle lettere b) e c) del comma 2, non operano nei seguenti casi:

- a) assunzioni a tempo determinato o collaborazioni coordinate e continuative finalizzate alla realizzazione di progetti dotati di autonomo finanziamento regionale, ovvero proveniente dall'Unione europea o da soggetti privati, nei limiti della durata dei progetti e dei relativi finanziamenti;
- b) sostituzione del personale interessato a progetti di collaborazione internazionale o di emergenza sanitaria all'estero;
- c) assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di dipendenti in comando presso l'amministrazione regionale;
- d) acquisizione di risorse umane dedicate ad attività socio-assistenziali gestite dalle aziende ULSS per delega degli enti locali, il cui onere, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni, è totalmente a carico dei medesimi enti locali;
- e) reclutamento, da parte delle aziende ULSS capoluogo di provincia, di personale nelle Unità Operative Invalidi Civili (UOIC), secondo le previsioni e le quantificazioni stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale 3 novembre 2000, n. 3552 pubblicata nel BUR 5 dicembre 2000, n. 106;
- f) acquisizione di personale finalizzato alla realizzazione di progetti proposti e finanziati totalmente dalla Regione aventi rilievo di area vasta sovraprovinciale o regionale.

4. La Giunta regionale, in relazione alle risorse finanziarie disponibili, impartisce annualmente indirizzi specifici per assicurare la coerenza delle misure di cui al comma 2 con gli atti della programmazione regionale (upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità").

5. La Giunta regionale verifica l'andamento della spesa sanitaria in corso d'esercizio e, ove necessario, adotta, anche in materia di spesa di personale, misure idonee ad assicurare la riconduzione in equilibrio delle gestioni aziendali."

#### **Nota all'articolo 17**

Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 19/2016, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 2 - Funzioni dell'Azienda Zero.

1. Le funzioni che spettano ad Azienda Zero sono:

- a) le funzioni e le responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) previste dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 "Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42", secondo le direttive impartite dalla Giunta regionale;
- b) la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale di cui all'articolo 20 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 confluiti negli appositi conti di tesoreria intestati alla sanità;
- c) la tenuta delle scritture della GSA di cui all'articolo 22 del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118;
- d) la redazione del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;
- e) la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei relativi allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale appone il visto di congruità;
- f) gli indirizzi in materia contabile delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;
- g) la gestione di attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:
  - 1) gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della economicità e della specificità clinica, previa valutazione della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale;
  - 2) le procedure di selezione del personale del comparto sanità, secondo un regolamento approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare;
  - 3) il supporto tecnico alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;
  - 4) le procedure di accreditamento ECM;
  - 5) il supporto al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, in particolare per il contenzioso e per le eventuali transazioni;
  - 6) le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in un'ottica di omogeneizzazione e sviluppo del sistema ICT;
  - 7) l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie svolgendo le funzioni di organismo tecnicamente accreditante;
  - 8) la gestione del contenzioso del lavoro e sanitario, attraverso la sottoscrizione di una convenzione tra ogni singola Azienda ULSS, Aziende ospedaliere e ospedaliero universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, che garantisce il patrocinio e la difesa; il modello di convenzione è deliberato dalla Giunta regionale;
  - 9) la progressiva razionalizzazione del sistema logistico;
  - 10) i servizi tecnici per la valutazione della HTA;
  - 11) la attivazione entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge del fascicolo sanitario elettronico e la conseguente tessera sanitaria elettronica per tutta la popolazione veneta; entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge,

l'Azienda Zero sentita la commissione consiliare competente, approva i decreti attuativi del fascicolo sanitario elettronico con particolare riferimento alla realizzazione di un'unica rete regionale per interconnettere tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; gli enti privati convenzionati del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di partecipare al fascicolo sanitario elettronico anche ai fini dell'accreditamento;

h) l'indirizzo e il coordinamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico in materia sanitaria e socio-sanitaria, presso le Aziende ULSS.

2. La Giunta regionale con successivi provvedimenti, sentita la competente commissione consiliare, può attribuire alla Azienda Zero le seguenti funzioni:

- a) la produzione di analisi, valutazioni e proposte a supporto della programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale di competenza della Giunta regionale e del Consiglio regionale, prevedendo da parte dei medesimi soggetti un accesso diretto a database, studi ed esiti di istruttorie;
- b) il supporto tecnico alla Giunta regionale, per il tramite della competente Area Sanità e Sociale di cui all'articolo 11, nel processo di definizione e realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociale;
- c) il supporto alla determinazione degli obiettivi dei direttori delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale;
- d) la proposta di definizione del sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende ULSS e degli altri enti del servizio sanitario regionale nonché la proposta alla Giunta regionale di definizione dei costi standard ed il loro monitoraggio;
- e) la definizione dei sistemi e dei flussi informativi, il sistema di auditing e il controllo interno;
- f) le funzioni che al capoverso 4.4.4. "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016." sono attribuite ai Coordinamenti regionali, al Sistema Epidemiologico Regionale (SER) anche con riferimento alla gestione dei relativi registri.

*f bis) monitoraggio e vigilanza sulle varie forme di sanità integrativa con l'obiettivo di finalizzarle al sostegno della compartecipazione dei LEA.*

3. Nell'esercizio delle sue funzioni l'Azienda Zero è sottoposta al coordinamento da parte del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale di cui all'articolo 11 della presente legge, che collabora con la Giunta regionale nell'attività di formazione e definizione degli obiettivi e dei programmi.

4. Il bilancio preventivo e consuntivo della GSA viene approvato dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare. La Giunta autorizza l'erogazione dei finanziamenti della GSA effettuata attraverso l'Azienda Zero.

5. Le modalità di tenuta delle registrazioni della GSA e la redazione dei relativi documenti di bilancio preventivo, di esercizio e consolidato nonché il monitoraggio dei conti e capitoli del bilancio regionale sono disciplinate con regolamento dell'Azienda Zero, adottato dal Direttore generale previo parere della Giunta regionale in conformità a quanto disposto per gli enti del servizio sanitario nazionale dal decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118.

6. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, elabora le linee guida dell'Atto aziendale dell'Azienda Zero.

7. L'Atto aziendale determina l'organizzazione degli uffici e delle funzioni dell'Azienda Zero.

8. Il Direttore generale dell'Azienda Zero esercita i poteri connessi alle funzioni di cui al presente articolo nelle forme e con le modalità stabiliti dall'Atto aziendale e da un regolamento interno di organizzazione e funzionamento.

9. La Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, determina annualmente gli indirizzi per l'attività dell'Azienda Zero e ne controlla l'attuazione.

10. La Giunta regionale esercita la vigilanza e il controllo sull'Azienda Zero per il tramite del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale di cui all'articolo 11 della presente legge, nei termini e con le modalità stabilite da un regolamento emanato ai sensi dell'articolo 54 dello Statuto, previa parere della competente commissione consiliare."

#### **4. Struttura di riferimento**

Area sanità e sociale