

LEGGE REGIONALE 14 dicembre 2007, n. 34

**Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato.**

Il Consiglio regionale ha approvato  
Il Presidente della Giunta regionale  
promulga

la seguente legge regionale:

**Art. 1 - Finalità**

1. La Regione del Veneto, al fine di garantire la più ampia e completa tutela dei dati clinici personali, disciplina con la presente legge la tenuta, la conservazione, l'informatizzazione delle cartelle cliniche e la redazione dei moduli di consenso informato e promuove, per la dematerializzazione e informatizzazione dei predetti dati, programmi di investimenti nelle strutture sanitarie pubbliche e incentivi alle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate, ai sensi dell'articolo 22, comma 6 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali", di seguito denominate preaccreditate.

**Art. 2 - Funzione della documentazione clinica**

1. La documentazione clinica ha la funzione di:

- a) documentare l'attività svolta in regime di ricovero ordinario, ambulatoriale, di pronto soccorso, di servizio di urgenza ed emergenza medica (SUEM) e di distretto;
- b) fornire una base informativa per le scelte assistenziali;
- c) identificare e consentire la rintracciabilità di tutte le attività svolte;
- d) garantire la continuità dell'assistenza;
- e) consentire l'integrazione di competenze polifunzionali;
- f) costruire la base informativa per la revisione degli atti, la valutazione delle modalità operative e la valutazione dell'attività svolta e della qualità dell'assistenza;
- g) tutelare gli interessi legali delle parti interessate.

**Art. 3 - Cartella clinica ospedaliera e territoriale**

1. La cartella clinica è il documento sanitario volto a certificare i dati anamnestici, laboratoristici e strumentali relativi al paziente, nonché ad attestare la terapia applicata; nella cartella clinica sono, altresì, riportate le informazioni direttamente tratte dal paziente al fine di ricostruire l'anamnesi e facilitare la diagnosi. La cartella clinica può essere ospedaliera o territoriale; essa è compilata secondo le direttive emanate dall'azienda unità locale socio sanitaria (ULSS) e ospedaliera, sotto la diretta responsabilità e continua vigilanza del responsabile dell'unità operativa interessata.

2. La cartella clinica è relativa:

- a) al ricovero ordinario ospedaliero;
- b) all'attività ambulatoriale territoriale, attivata da una struttura sanitaria pubblica o privata preaccreditata erogante prestazioni ambulatoriali;
- c) all'attività di pronto soccorso contenente, oltre al referto ed ogni documentazione relativa ad interventi sanitari effettuati sul paziente, anche la documentazione relativa all'attività di triage e alla osservazione breve intensiva.

3. La cartella clinica ospedaliera, oltre a tutti i dati clinici prodotti e alle annotazioni delle terapie praticate, contiene altri documenti quali:

- a) il diario clinico giornaliero, redatto dal responsabile di unità operativa o su espressa indicazione dello stesso dai medici di reparto; nello stesso ogni singola annotazione deve essere sottoscritta con firma personale leggibile;
- b) il diario o la cartella infermieristica, redatti dal personale infermieristico responsabile dell'assistenza del paziente; in tali documenti ogni singola annotazione deve essere sottoscritta con firma personale leggibile;
- c) la cartella anestesiologicala, ove prodotta;
- d) il modulo di raccolta del consenso informato del paziente, ove previsto;
- e) i referti di visite specialistiche di consulenza e di esami diagnostico-strumentali eseguiti;
- f) la descrizione dell'intervento chirurgico, se eseguito;
- g) la scheda di dimissione ospedaliera;
- h) la lettera di dimissione;
- i) il referto autoptico, ove prodotto.

4. La cartella clinica territoriale viene aperta a seguito di prestazioni ambulatoriali, non ospedaliere, extra ospedaliere, o comunque di prestazioni erogate nel territorio e contiene, oltre a tutti i dati clinici rilevanti e alle copie degli esami biochimici, microbiologici e strumentali richiesti durante il percorso diagnostico e terapeutico, la relazione finale per il medico curante compilata al termine del ciclo assistenziale erogato.

5. Le procedure relative alla compilazione della cartella clinica sono svolte, secondo la normativa vigente, da personale della struttura inquadrato nel ruolo medico o infermieristico.

6. La conservazione della cartella clinica è disciplinata dal direttore generale dell'azienda ULSS e ospedaliera con apposito regolamento secondo le vigenti disposizioni in materia di sicurezza e protezione dei dati e nel rispetto delle linee guida nazionali relative alla documentazione clinica testuale e iconografica in formato digitale.

7. La Giunta regionale provvede alla definizione e predisposizione del modello unico regionale della cartella clinica.

8. Per l'attività di urgenza ed emergenza medica (SUEM), la Giunta regionale, definisce le modalità di conservazione delle registrazioni delle chiamate ricevute ed effettuate, un modello unico regionale per la registrazione dell'evento, un modello unico regionale del referto e le relative modalità di conservazione.

#### **Art. 4 - Soggetti obbligati all'apertura, tenuta e conservazione della cartella clinica**

1. I medici, gli odontoiatri e il personale della struttura inquadrato nel ruolo medico o infermieristico delle strutture sanitarie pubbliche e private preaccreditate operanti nella Regione del Veneto ed eroganti prestazioni per conto del servizio sanitario regionale sono tenuti, ciascuno per la rispettiva competenza, alla apertura, alla tenuta, alla compilazione e alla conservazione della cartella clinica.

2. La cartella clinica viene aperta qualora sia stato individuato un percorso di diagnosi o cura o controllo sanitario superiore a due incontri programmati; negli altri casi il sanitario è tenuto a rilasciare al paziente un referto scritto sulla attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata.

3. Non sono tenuti alla apertura della cartella clinica i responsabili sanitari dei servizi che svolgono attività diagnostica, biochimica, microbiologica o strumentale, ancorché continuativa o programmata; gli stessi sono, invece, tenuti a redigere un referto scritto della attività svolta contenente i dati clinici prodotti e a conservarne copia per cinque anni. La Giunta regionale, qualora ne ravvisi l'opportunità, può individuare, sentita la competente commissione consiliare, ulteriori contenuti della refertazione e un termine diverso.

#### **Art. 5 - Moduli di consenso informato**

1. I moduli di consenso informato sono redatti singolarmente e specificamente per ogni intervento o procedura per la quale la vigente normativa preveda la prestazione del consenso informato scritto.

2. La Giunta regionale provvede alla definizione e predisposizione del modello unico regionale dei moduli di consenso informato di cui al comma 1.

#### **Art. 6 - Documentazione sanitaria**

1. Le cartelle cliniche, i referti degli esami biochimici, microbiologici e strumentali i moduli di consenso informato nonché i referti delle prestazioni ambulatoriali e di consulenza specialistica sono presidi della documentazione sanitaria.

#### **Art. 7 - Dematerializzazione della documentazione sanitaria**

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, approva nel rispetto delle linee guida nazionali, sentita la competente commissione consiliare, un programma di dematerializzazione della documentazione sanitaria rivolto alle aziende ULSS ed ospedaliere e, per le medesime finalità, definisce, per le strutture sanitarie private preaccreditate, le modalità di erogazione dei relativi incentivi.

#### **Art. 8 - Convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri**

1. La Regione del Veneto promuove la stipula di una specifica convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri finalizzata alla tenuta delle cartelle cliniche e alla loro informatizzazione; in particolare, la convenzione disciplina le modalità di consegna dei calchi delle impronte dentarie e di informazione al paziente sull'importanza dei calchi per la identificazione personale.

#### **Art. 9 - Norma finanziaria**

1. Agli oneri derivanti dall'applicazione della presente legge, quantificabili in euro 500.000,00 per ciascuno degli esercizi 2007, 2008 e 2009, si fa fronte con le risorse allocate nell'upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità" del bilancio di previsione 2007 e pluriennale 2007-2009.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 14 dicembre 2007

Galan

#### INDICE

Art. 1 - Finalità

Art. 2 - Funzione della documentazione clinica

Art. 3 - Cartella clinica ospedaliera e territoriale

Art. 4 - Soggetti obbligati all'apertura, tenuta e conservazione della cartella clinica

Art. 5 - Moduli di consenso informato

Art. 6 - Documentazione sanitaria

Art. 7 - Dematerializzazione della documentazione sanitaria

Art. 8 - Convenzione con l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri

Art. 9 - Norma finanziaria

**Dati informativi concernenti la legge regionale 14 dicembre 2007, n. 34**

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 a cura del direttore:

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

## **1. Procedimento di formazione**

- La proposta di legge è stata presentata al Consiglio regionale in data 6 novembre 2006, dove ha acquisito il n. 200 del registro dei progetti di legge su iniziativa dei Consiglieri Marchese, Gallo, Azzi, Bonfante e Tiozzo;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla 5° commissione consiliare;
- La 5° commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 20 giugno 2007;
- Il Consiglio regionale, su relazione del consigliere Giampietro Marchese, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 28 novembre 2007, n. 13673.

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

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

la cartella clinica rappresenta l'atto ovvero l'attestazione più rilevante, sul piano medico-legale, del complesso delle attività sanitarie e amministrative avvenute in occasione del contatto di un utente con una struttura sanitaria. Essa, per consentire la "ricostruzione" dell'iter diagnostico, terapeutico e riabilitativo del soggetto, deve essere chiara, esauriente, puntuale e completa.

In letteratura esistono numerose definizioni di cartella clinica. Secondo Merusi e Bargagna, la cartella clinica è "... il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici ed obiettivi riguardanti il paziente ricoverato, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati delle ricerche ed analisi effettuate, quelli delle terapie praticate ed infine la diagnosi della malattia che ha condotto il paziente in ospedale". Per il Gattai, "... è un documento, o meglio un insieme di documenti, nei quali viene registrato dal medico, ed anche dal personale paramedico, un complesso eterogeneo di informazioni, soprattutto sanitarie, ma anche anagrafiche, sociali, ambientali, giuridiche, ecc., allo scopo di poterne rilevare, il più acutamente possibile, ciò che lo riguarda in senso diagnostico e terapeutico, nel particolare momento dell'ospedalizzazione, ed in tempi successivi anche ambulatorialmente, al fine di predisporre gli opportuni interventi medici e poterne usufruire anche per le più varie indagini di natura scientifica, statistica, medico-legale e per l'insegnamento". Secondo Hauffmann, "... è semplicemente il chi, il che, il perché ed il come e quando del trattamento del paziente mentre è ricoverato".

In definitiva, sotto il profilo sostanziale, la cartella clinica è la documentazione dell'iter fisiologico, patologico e strumentale del paziente nel corso del suo ricovero nella struttura sanitaria.

Si addivene in tal modo alla necessità di definire i contenuti della cartella clinica per la cui definizione è necessario recuperare, in primo luogo, i riferimenti in ambito legislativo e giurisprudenziale e, successivamente, gli aspetti di ordine medico-legale.

Si riportano, in ordine cronologico, gli estratti più significativi:

- il RD 30 settembre 1938, n. 1631 (norme generali per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali) che all'articolo 24, secondo comma, lettera c), recita "Il primario cura, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta della cartella clinica e dei registri nosologici";
- il DPR 27 marzo 1969, n. 128 (ordinamento interno dei servizi ospedalieri) articolo 7: "...Il primario vigila sull'attività e sulla disciplina del personale sanitario, tecnico ausiliario ed esecutivo assegnato alla sua divisione o servizio, ha la responsabilità dei malati, definisce i criteri diagnostici e terapeutici che devono essere seguiti dagli aiuti e dagli assistenti, pratica direttamente sui malati gli interventi diagnostici e curativi che ritenga di non affidare ai suoi collaboratori, formula la diagnosi definitiva, provvede a che la degenza non si prolunghi oltre il tempo necessario agli accertamenti diagnostici e alle cure e dispone la dimissione degli infermi, è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale..., esercita le funzioni didattiche a lui affidate.

L'aiuto collabora direttamente con il primario nell'espletamento dei compiti a questo attribuiti, ha la responsabilità delle sezioni affidategli e coordina l'attività degli assistenti; risponde del suo operato al primario; sostituisce il primario in caso di assenza, impedimento o nei casi di urgenza.

L'assistente collabora con il primario e con l'aiuto nei loro compiti, ha la responsabilità dei malati a lui affidati; risponde del suo operato all'aiuto e al primario; provvede direttamente nei casi d'urgenza, in caso di assenza o di impedimento dell'aiuto, le sue funzioni sono esercitate dall'assistente con maggiori titoli o dall'assistente di turno...";

- il DPR 14 marzo 1974, n. 225 (modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, relativo alle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici), abrogato dalla legge 26 febbraio 1999, n. 42, prevedeva: all'articolo 1 tra le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali, lettera "b", "l'annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura a, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali..."; all'articolo 4, sulle attribuzioni assistenziali dell'infermiere professionale specializzato in anestesia e rianimazione o in terapia intensiva, "...la raccolta, conservazione ed archiviazione delle schede di anestesia e delle cartelle di rianimazione..."; all'articolo 6, sulle attribuzioni dell'infermiere generico, prevedeva "...il rilevamento e l'annotazione della temperatura, del polso e del respiro...";

- il DM 5 agosto 1977 (determinazione dei requisiti tecnici sulle case di cura private), che all'articolo 24 recita: "In ogni casa di cura privata è prescritta per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica, da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti ed i postumi. Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria".

Nell'ambito delle tossicodipendenze, qualora l'interessato richieda di avvalersi dell'anonimato gode di quanto previsto dall'articolo 95, comma 6, legge n. 685/1975. "Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgano alla loro identificazione".

Se la richiesta di anonimato è fatta in occasione di ricovero ospedaliero, il sanitario trascrive le generalità del soggetto, quali risultino da documento di identità, in busta chiusa da conservarsi a cura del direttore medico dell'ospedale apponendo alla medesima e sulla cartella clinica un numero progressivo.

Come si può evidenziare attraverso l'evoluzione della normativa succedutasi nel tempo, dalla locuzione abbastanza vaga di regolare tenuta della cartella clinica, di cui al RD n. 1631/1938, si è passati ad una dizione, seppur ancora vaga di regolare compilazione della cartella clinica, di cui al DPR n. 128/1969.

La cartella clinica è un atto di notevole rilevanza per soggetti diversi, spesso portatori di interessi contrastanti. Il medico curante ospedaliero, ad esempio, che ha l'interesse precipuo a documentare la correttezza tecnica dell'assistenza prestata e quindi del suo operato; il paziente che ha interesse di conoscere con precisione il suo stato di salute o di dimostrare l'eventuale errore tecnico del sanitario ai fini di risarcimento dei danni; il magistrato che ha l'obiettivo, ai fini di giustizia, di accertare od escludere la sussistenza di una responsabilità professionale del medico o della struttura sanitaria.

Riportiamo ai fini di conoscenza, le più recenti sentenze giurisprudenziali circa la natura giuridica dell'atto e le indicazioni definitorie.

#### Natura giuridica

- "la cartella clinica redatta dal medico di un pubblico ospedale non può non ritenersi per ciò solo ed in toto, atto munito di fede privilegiata, dovendo tale particolare efficacia probatoria intendersi limitata alla sua provenienza dal pubblico ufficiale ed ai fatti che il pubblico ufficiale attesta essere avvenuti in sua presenza o essere stati da lui compiuti" (Cassazione, 24 ottobre 1980);

- "ha natura di atto pubblico la cartella clinica redatta da medico dipendente di una clinica convenzionata con il Ministero della Sanità..." (Cassazione penale sezione V 21 gennaio 1981);

- "la cartella clinica costituisce atto pubblico di fede privilegiata e fa piena prova fino a querela di falso, oltretutto della sua provenienza dal pubblico ufficiale che l'ha redatta, dei fatti che questi attesta essere avvenuti in sua presenza o essere stati da lui compiuti" (Tribunale di Teramo, Teramo, 14 maggio 1992).

Le conseguenze sul piano giuridico sono l'applicazione degli:

- articoli 476 e 479 c.p. falso ideologico e materiale;

- articolo 328 c.p. omissione o rifiuto di atti d'ufficio;
- articolo 326 c.p. rivelazione di segreto d'ufficio;
- "...la cartella clinica rientra nella categoria degli atti pubblici ove sia redatta dal medico di un ospedale pubblico essendo caratterizzata dalla produttività di atti costitutivi...modificativi... rispetto a situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica nonché dalla documentazione di attività compiute da pubblico ufficiale che redige l'atto..." (Cassazione penale sezione V 17 dicembre 1992).

La cartella clinica è un documento atto a:

- "...documentare oltre alla diagnosi l'andamento della malattia e la somministrazione delle terapie di volta in volta adottate" (Cassazione penale sezione V 2 aprile 1971);
- "...descrivere il decorso della malattia... attestare la terapia praticata e tutti gli altri fatti clinici rilevanti e tra questi le informazioni che il paziente fornisce al sanitario per la ricostruzione dell'anamnesi..." (Cassazione penale sezione V 3 maggio 1990).

Sulla scia delle sentenze della Suprema Corte, anche la dottrina medico legale, nella sua prevalenza attribuisce alla cartella clinica la natura di "atto pubblico in quanto redatto da un sanitario incaricato di pubblico servizio".

Il Sanitario che procede alla compilazione della cartella clinica è da considerarsi pubblico ufficiale con conseguente dotazione di poteri amministrativi esercitati nell'ambito di una pubblica funzione.

Infatti:

- Sentenza della Corte di Cassazione n. 1382 del 18 gennaio 1967: la c.c. è atto pubblico, rivestito di efficacia dichiarativa in ordine a tutto ciò che è avvenuto in presenza del pubblico ufficiale, e che è stato da lui constatato e osservato, ma anche di registrazione di atti, fatti e condizioni da cui scaturiscono diritti e obblighi, posto che, una volta diagnosticata una determinata situazione patologica che esiga specifici trattamenti terapeutici, la conseguente registrazione non limita i propri effetti alla mera descrizione cronistorica dei fenomeni patologici rilevati, ma costituisce il necessario presupposto per l'opportuno appropriato orientamento ulteriore dell'attività scientifico-terapeutica, di assistenza o di cura dell'infermo;
- Sentenza della Corte di Cassazione n. 5296 del 18 settembre 1980: le attestazioni contenute in una c.c. sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento...;
- Sentenza della Corte di Cassazione n. 9623 del 11 novembre 1983: ...la c.c. acquista carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata; ogni annotazione assume pertanto autonomo valore documentale e spiega efficacia non appena viene trascritta, con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità in attesa della trasmissione alla direzione sanitaria per la definitiva custodia.

La cartella clinica costituisce in definitiva, lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche, cliniche, laboratoristiche e strumentali relative ad un singolo ricovero ospedaliero di un paziente. Pertanto deve esservi descritto l'intero ricovero del paziente.

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) (DM 28 dicembre 1991) nasce invece come modello per la rilevazione di un set predeterminato e omogeneo di dati, al fine di:

- disciplinare il flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata sul territorio nazionale;
- attuare i necessari processi di valutazione, programmazione e controllo dell'attività ospedaliera nonché dei meccanismi di spesa;
- consentire una rilevazione, sistematica di carattere epidemiologico.

Come parte integrante della cartella clinica, correttamente e completamente compilata, la SDO costituisce pertanto una fonte insostituibile per tutti i processi di programmazione, gestione e valutazione e controllo dell'attività ospedaliera, oltre ad essere una fonte preziosa di conoscenza del profilo epidemiologico della popolazione.

Sintesi degli articoli

L'articolo 1 indica le finalità della proposta di legge, tra le quali la promozione dell'informatizzazione delle cartelle cliniche.

L'articolo 2 indica la definizione e i contenuti della cartella clinica, quale atto pubblico che contiene i dati relativi alla malattia della persona ricoverata in strutture pubbliche o convenzionate.

L'articolo 3 individua gli operatori della sanità obbligati alla tenuta e conservazione della cartella clinica.

L'articolo 4 specifica le modalità di redazione dei moduli di consenso informato.

L'articolo 5 definisce la cartella clinica ambulatoriale.

L'articolo 6 indica il percorso per la dematerializzazione della cartella clinica.

L'articolo 7 prevede gli obblighi degli odontoiatri per la tenuta e conservazione dei calchi delle impronte dentarie.

L'articolo 8 prevede apposito finanziamento per le spese di attuazione della legge.

Nella seduta di Commissione del 29 marzo 2007 si sono svolte le audizioni con il Segretario regionale per la Sanità e il Sociale e con il Direttore Generale dell'Azienda Ulss n. 9 di Treviso.

La Quinta Commissione ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta del 20 giugno 2007 approvandolo con modifiche, a maggioranza, nel testo che segue.

### **3. Note agli articoli**

#### ***Nota all'articolo 1***

- Il testo dell'art. 22 della legge regionale n. 22/2002 è il seguente:

"Art. 22 - Norme transitorie e finali e di abrogazione.

1. Sino all'approvazione dei provvedimenti della Giunta regionale di cui all'articolo 10, l'esercizio dell'attività sanitaria e socio-sanitaria in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, in regime ambulatoriale per l'erogazione di prestazioni specialistiche, nonché in regime residenziale extra-ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, di carattere estensivo o intensivo, continua ad essere disciplinato dalla normativa vigente all'entrata in vigore della presente legge.
2. In fase di prima applicazione della presente legge, la classificazione di residenza sanitaria assistenziale (RSA) è confermata nei confronti delle strutture individuate con deliberazione della Giunta regionale 4 agosto 2000, n. 2537, anche per gli effetti di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" e dall'articolo 6, comma 4, della l. 328/2000.
3. Gli articoli 2 e 3 della legge regionale 2 aprile 1985, n. 29 "Disciplina dei laboratori privati di analisi cliniche e di analisi veterinarie.", e l'articolo 4, commi 3, 4, 5, 6, della legge regionale 31 maggio 1980, n. 78 "Norme per il trasferimento alle Unità Sanitarie Locali delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica, di vigilanza sulle farmacie e per l'assistenza farmaceutica." cessano di avere efficacia dall'avvenuto adeguamento di tutte le strutture private già autorizzate ai requisiti stabiliti dalla presente legge e comunque non oltre la scadenza del termine previsto dall'articolo 10, comma 1.
4. Le norme di cui agli articoli da 6 a 26 della legge regionale 30 dicembre 1985, n. 68 "Autorizzazione e vigilanza sulle case di cura private.", nonché le norme di cui agli articoli da 8 a 11 della legge regionale 2 aprile 1985, n. 29 cessano di avere efficacia dall'avvenuto adeguamento delle rispettive strutture già autorizzate, ai requisiti minimi previsti dalla presente legge.
5. Ai sensi dell'articolo 4 del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 ogni precedente disposizione di classificazione delle strutture sanitarie cessa di avere efficacia dalla data di approvazione dei provvedimenti di cui all'articolo 12 e all'articolo 14, comma 3.
6. Nelle more dell'applicazione del provvedimento per l'accreditamento previsto dall'articolo 15 provvisoriamente sono accreditate le strutture pubbliche in esercizio alla data dell'entrata in vigore della presente legge e le strutture private che risultino provvisoriamente accreditate ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 26 dicembre 1994, n. 724 "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica."
7. Fino all'approvazione dei provvedimenti di cui all'articolo 15, comma 1, della presente legge, i comuni rilasciano autorizzazioni all'esercizio delle attività sociali di cui all'articolo 14 in conformità alla verifica dei requisiti minimi strutturali ed organizzativi stabiliti dalla disciplina regionale vigente.
8. L'articolo 20 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale.", come novellato dall'articolo 7 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 "Piano Socio-Sanitario

regionale per il triennio 1996/1998.", è abrogato.".

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

Direzione risorse socio sanitarie