



Consiglio Regionale della Campania

Prot.n.5758 / Gen.

Al Signor Presidente della Giunta
Regionale della Campania
Via S. Lucia, n. 81
N A P O L I

Ai Presidenti delle Commissioni
Consiliari V, I e II

Ai Consiglieri Regionali

All'Assessore delegato ai rapporti
con il Consiglio regionale

Al Settore Legislativo, Studi e Ricerche

S E D E

**Oggetto: Proposta di Legge "Misure di riorganizzazione del sistema sanitario della
regione Campania" (Reg.gen.n.285)**

Ad iniziativa del Consigliere Michele Caiazzo.

IL PRESIDENTE

VISTO l'articolo 54 del Regolamento interno

A S S E G N A

il provvedimento in oggetto a:

V Commissione Consiliare per l'esame;
I e II Commissione Consiliare per il parere.

Le stesse si esprimeranno nei modi e termini previsti dal Regolamento.

Napoli, **17 LUG. 2007**

Consiglio Regionale Campania

V Commissione Permanente

Prot. n. **426 del 18.07.07**
.....

IL PRESIDENTE



Consiglio Regionale della Campania

VIII LEGISLATURA

Proposta di Legge

“Misure di riorganizzazione del sistema sanitario della regione Campania”

Ad iniziativa del Consigliere Michele Caiazzo

Ruolo Generale n. 285



Consiglio Regionale della Campania
RELAZIONE

Il vasto movimento di riforma che, nell'ultimo decennio, ha interessato i sistemi sanitari di numerosi paesi, non solo europei, ha visto il progressivo passaggio da sistemi in cui l'obiettivo da raggiungere è rappresentato dall'equilibrio economico-finanziario a sistemi in cui l'equilibrio economico-finanziario è solo uno dei vincoli da rispettare nella produzione di servizi sanitari.

Anche l'Italia ha partecipato a questo processo di revisione del proprio sistema sanitario che, attraverso le tre successive riforme intervenute nel corso degli ultimi otto anni (D.Lgs. n. 502/92, D.Lgs. n. 517/93 e D.Lgs. n. 229/99), ha subito profonde modificazioni soprattutto riconducibili all'introduzione di due fondamentali innovazioni: la regionalizzazione del sistema e l'introduzione del principio di aziendalizzazione delle strutture sanitarie.

Nel contesto di federalismo fiscale e di forti vincoli di bilancio, i problemi che si pongono sono l'impatto economico della politica sanitaria e la compatibilità economica di quest'ultima con le risorse regionali, i potenziali risparmi nell'adozione di nuove soluzioni gestionali e la necessità di introdurre provvedimenti di controllo sempre più efficaci.

Il Servizio Sanitario Regionale in Campania "consuma" circa il 60% dell'intero bilancio regionale. Tutto ciò impone al legislatore regionale una severa azione di rivisitazione dell'organizzazione del servizio che, senza mortificare ulteriormente le aspettative dei cittadini, colga le criticità del sistema e vi ponga rimedio.

La Campania ha avviato un percorso volto al miglioramento del settore sanitario e alla riduzione degli sprechi con numerosi interventi legislativi:

- la legge regionale 24 dicembre 2003, n. 28, che ha previsto la costituzione della So.Re.Sa. (Società Regionale per la Sanità S.p.A.), "*... ai fini della elaborazione e della gestione di un progetto complessivo, finalizzato al compimento di operazioni di carattere economico e finanziario da integrarsi con gli interventi per il consolidamento e il risanamento della maturata situazione debitoria del sistema sanitario regionale e per l'equilibrio della gestione corrente del debito della sanità...*" (Art.6);
- la legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24, che ha stabilito che la So.Re.Sa. "*... è titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO.*"¹ (Art.2);

¹ Emendamento alla legge finanziaria regionale proposto dal Consigliere Michele Caiazzo ed altri.



Consiglio Regionale della Campania

- il Piano regionale ospedaliero per il triennio 2007-2009, approvato con legge regionale 19 dicembre 2006, n. 24, che si è ispirato a principi quali la struttura a rete dei servizi sanitari, la razionalizzazione degli ospedali in base alle funzioni e conseguente rideterminazione del fabbisogno regionale di posti letto pubblici e privati;
- il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione del Servizio sanitario regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 211/2004, approvato con DGRC n.460 del 20 marzo 2007, che prevede interventi, azioni, misure di riorganizzazione e riqualificazione dirette a riportare il SSR entro il 2010 in condizioni di equilibrio economico-finanziario, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- la legge regionale 4 aprile 2007, n. 5, contenente "Norme per la copertura del disavanzo sanitario dell'esercizio 2006 ed altre disposizioni urgenti ai fini dell'accordo tra la Regione e lo Stato per il rientro del disavanzo, la riqualificazione e la razionalizzazione del servizio sanitario regionale";
- il "Regolamento per la definizione dei requisiti ulteriori e per le procedure di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati".

Senza un radicale ed organico rinnovamento del Sistema Sanitario Regionale, risulta, però, difficoltoso realizzare pienamente gli obiettivi prefissati dai suddetti provvedimenti e addivenire ad un miglioramento della qualità e dell'efficienza della sanità campana.

Ora c'è bisogno di una riforma strutturale e la seguente proposta di legge, rappresenta un passo coerente, oltre che necessario verso questa direzione.

Essa, compatibilmente con le nuove competenze assegnate alle Regioni dalla riforma del Titolo V della Costituzione, determina una forte razionalizzazione del Sistema Sanitario Regionale, in linea con quanto previsto anche dal nuovo Patto per la salute.

La riorganizzazione della Sanità richiede l'affermarsi di un nuovo protagonismo degli operatori senza il quale non sarà possibile realizzare una riforma veramente efficiente.

Una riforma efficiente si può avere solo se è "la Sanità a cambiare la Sanità" e se si procede ad un recupero progressivo del concetto di paziente inteso come persona.

Risultano, pertanto fondamentali la "personalizzazione degli interventi" nonché ospedali "a misura d'uomo", in modo da rendere la degenza in ospedale meno traumatizzante e più rispettosa del diritto del singolo, sia esso bambino o adulto.

Da recenti studi è emerso che in Campania le esperienze di umanizzazione, specie nel settore



Consiglio Regionale della Campania

pediatrico, non sono diffuse in maniera uniforme.

Il tutto, spesso, si riduce ad una umanizzazione della struttura senza la realizzazione di percorsi operativi umanizzati. In questo senso, il valore aggiunto di un progetto di umanizzazione non risiede soltanto nei miglioramenti realizzati nella struttura, quanto piuttosto nello sforzo di un cambiamento culturale, orientato alla realizzazione di un servizio diretto sempre più alla persona ed ai suoi bisogni, attraverso la formazione di personale specializzato ed una comunicazione più costante tra le varie figure professionali coinvolte nel processo di cura.

Pertanto, i protagonisti del processo assistenziale devono mettersi in relazione tra loro, ponendo al centro del percorso assistenziale l'uomo e le sue necessità fondamentali.

Il processo di umanizzazione dell'assistenza sanitaria deve interessare non solo le strutture ospedaliere, ma anche le strutture di medicina territoriale (AA.SS.LL. e distretti).

L'obiettivo primario dell'assistenza sanitaria territoriale deve essere la salute mediante attività di educazione alla stessa, di medicina preventiva, di diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello.

I principi che hanno ispirato il nuovo assetto organizzativo del Sistema sanitario regionale, proposto da questa legge, sono:

- la netta separazione delle competenze delle Aziende sanitarie locali (AA.SS.LL.) da quelle delle Aziende ospedaliere (AA.OO.), mediante l'attribuzione alle prime della gestione dei servizi territoriali e socio-assistenziali e alle seconde della gestione dei servizi ospedalieri pubblici e delle prestazioni ospedaliere dei privati accreditati;
- il trasferimento della gestione dei Presidi ospedalieri dalle AA.SS.LL. alle AA.OO.;
- la ridefinizione dell'ambito territoriale delle AA.SS.LL. e dei distretti sanitari, con conseguente accorpamento delle strutture esistenti;
- la realizzazione delle Case della Salute;
- il ricorso ad una "struttura a rete" dei servizi sanitari;
- la centralità dei cittadini.

Il nuovo modello sanitario delineato separa i soggetti acquirenti dai soggetti fornitori di prestazioni sanitarie. Le AA.SS.LL. sono chiamate a svolgere il primo ruolo, mentre le AA.OO., insieme ai privati accreditati, quello di produttore e quindi di erogatore di prestazioni ospedaliere e specialistiche. Si favorisce così la competizione tra i soggetti produttori, sulla base di regole comuni di accreditamento, spronando gli stessi ad incrementare e migliorare i servizi offerti, a tutto



Consiglio Regionale della Campania

vantaggio dei cittadini che vedono ampliare le loro possibilità di scelta.

Le AA.SS.LL., private della gestione diretta dei presidi ospedalieri, possono svolgere con maggiore puntualità le funzioni di programmazione, acquisto e controllo delle prestazioni. La loro attività sarà rivolta essenzialmente alle attività territoriali e di prevenzione, nonché al coordinamento con le attività ospedaliere.

Allo stato attuale in Campania operano 13 Aziende sanitarie locali, 51 Presidi ospedalieri, 8 Aziende ospedaliere. È un'organizzazione complessa ed articolata, spesso chiusa in particolarismi e frammentazioni non più sostenibili, che richiede una rimodulazione tendente ad eliminare le strutture ridondanti e a creare un sistema snello ed efficiente.

A tal fine sono stati ridefiniti gli ambiti territoriali delle AA.SS.LL. prevedendo:

- un'azienda sanitaria locale per ogni milione di abitanti;
- almeno un'azienda in ogni provincia o più aziende nel caso di un'estensione territoriale della provincia superiore ai 3.000 km².

Gli ambiti territoriali delle AA.SS.LL. coincidono, in tal modo, con le circoscrizioni delle province, eccezion fatta per le AA.SS.LL. Salerno 1 e 2 e per le AA.SS.LL. Napoli 1, 2 e 3.

Il numero delle AA.SS.LL. è complessivamente ridotto ad 8 ed in particolare:

- Napoli: dalle attuali 5 le AA.SS.LL. si riducono a 3;
- Caserta: dalle attuali 2 le AA.SS.LL. si riducono a 1;
- Salerno: dalle attuali 3 le AA.SS.LL. si riducono a 2;
- Avellino: dalle attuali 2 le AA.SS.LL. si riducono a 1;
- Benevento: 1 ASL già esistente.

Anche gli ambiti territoriali dei distretti sanitari sono ridefiniti, nel rispetto dei seguenti criteri:

- ogni distretto deve comprendere una popolazione di norma non inferiore ai 100.000 abitanti, fatte eccezioni per le zone montane, le isole e le aree estese a scarsa densità abitativa. Un ambito più ristretto comporterebbe, di fatto, l'impossibilità di esercitare un'effettiva attività di programmazione a medio-lungo termine;
- l'aggregazione territoriale deve essere fatta tenendo conto delle similarità geo-oro-morfologiche e antropiche, della condivisione di bisogni e problematiche, della possibilità di utilizzo di risorse e servizi territoriali comuni, dell'adeguatezza del sistema dei trasporti, dell'accesso facilitato ai servizi e delle pregresse esperienze progettuali integrate;



Consiglio Regionale della Campania

- bisogna tener conto della contiguità spaziale dei comuni afferenti lo stesso distretto, evitando l'interposizione di distretti diversi;
- i confini territoriali di ciascun distretto devono essere mantenuti entro i pertinenti ambiti provinciali, evitando di avere comuni all'interno di uno stesso distretto afferenti a capoluoghi di provincia diversa, ed entro gli ambiti territoriali delle aziende sanitarie locali.

I distretti attualmente operanti in Campania sono 115, con i nuovi criteri saranno ridotti a 61. Tale riduzione non implicherà una riduzione dei servizi sul territorio, ma consentirà di concentrare le attività di tipo programmatico e la gestione del personale.

La ridefinizione del numero di ASL e dei distretti consentirà di ottenere una riduzione dei costi di gestione, in particolare si avrà una diminuzione del numero dei dirigenti e, quindi, della relativa spesa in una misura stimata pari a circa 8 milioni di euro (in termini percentuali pari al 46%).

Il trasferimento dei Presidi ospedalieri dalle AA.SS.LL. alle Aziende ospedaliere, oltre che realizzare una completa separazione di competenze tra le due strutture, consentirà di avere una conseguente ed immediata economia di risorse umane e finanziarie ed una più elevata capacità di coordinamento degli attori operanti nella sanità, con l'obiettivo di costituire finalmente una rete di servizi ospedalieri e sanitari. L'ipotesi di redistribuzione della rete ospedaliera, contenuta in questa proposta, è realizzata nel pieno rispetto sia delle esigenze del territorio, tenuto conto di criteri socio-demografici come "la popolazione", sia dei lavoratori attualmente impiegati nelle strutture ospedaliere, utilizzando come criterio di redistribuzione "il numero di dipendenti": ogni azienda dovrà gestire complessivamente circa 4.500 dipendenti. In tal modo si realizza un ridimensionamento "socio-sostenibile" del sistema ospedaliero.

Nell'ambito dell'organizzazione delle Aziende ospedaliere è prevista l'istituzione di un "Dipartimento di supporto interpresidio", con finalità gestionali, volto a consentire all'azienda di operare sinergicamente, come una vera e propria rete organizzativa composta da diversi presidi ospedalieri.

Altro aspetto innovativo della proposta di legge è la realizzazione delle "Case della salute" basate sul principio della centralità dei pazienti.

Le Case della salute sono strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare l'insieme delle cure primarie e di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; strutture nelle quale trovano collocazione, in uno stesso spazio in maniera unitaria, i servizi territoriali che erogano



Consiglio Regionale della Campania

sia prestazioni sanitarie che sociali, attualmente frammentati e dispersi sul territorio.

Si tratta di strutture volte a concentrare e ad integrare i servizi e i percorsi per l'accesso ad essi, privilegiando la semplificazione burocratica.

Le Case delle salute dovranno garantire la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle 24 ore, sette giorni su sette.

Rappresentano un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e alla presa in carico della domanda.

Dovranno operare per programmi condivisi, sulla base del Programma delle attività territoriali del distretto (PAT) e del Piano sociale di zona (PSZ).

Promuoveranno la partecipazione dei cittadini; realizzeranno attività interdisciplinari tra medici, specialisti, infermieri, terapisti, ed integreranno le prestazioni sanitarie con quelle sociali.

Svilupperanno programmi di prevenzione basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini.

Manterranno regolari rapporti di collaborazione con l'ospedale di riferimento, favorendo il controllo collegiale delle attività e offrendo occasioni di formazione permanente degli operatori.

Le Case della Salute saranno organizzate per aree specifiche di intervento profondamente integrate fra di loro, ciascuna finalizzata ad offrire al cittadino una risposta immediata ai suoi bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria:

- Area del CUP (Centro Unificato di Prenotazione);
- Area dei Servizi sanitari;
- Area dei Servizi socio-sanitari;
- Area dei Servizi sociali.

Il Piano regionale ospedaliero ha previsto un modello di assistenza basato sul ricorso ad una struttura "a rete" dei servizi sanitari. Al fine di consentire una piena realizzazione delle previsioni del Piano, la rete ospedaliera deve essere ridisegnata, puntando sull'innovazione, su una chiara differenziazione dei compiti e sulla loro armonizzazione a livello territoriale.

Un progetto di riordino della rete ospedaliera, che sia finalizzato ad una riqualificazione della risposta ospedaliera sul territorio regionale, non può prescindere dall'esigenza di un coinvolgimento dei diversi soggetti istituzionali e sociali, per verificare la rispondenza dei progetti ai bisogni delle comunità locali. La creazione di un *network* per l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse consente da un lato l'integrazione e il collegamento tra gli attori che partecipano al sistema Sanità, dall'altro l'appropriatezza del percorso assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni



Consiglio Regionale della Campania

in forma coordinata e adeguata alla complessità delle stesse.

In merito alla creazione di una rete di tutto il sistema sanitario regionale, un'interessante modalità sul fronte dell'accessibilità riguarda la realizzazione di una rete regionale di informazione sanitaria, che facendo uso di una rete telematica regionale, connetta tra loro le varie strutture sanitarie (Ospedali, AA.SS.LL., distretti).

L'obiettivo è la realizzazione di un sistema altamente integrato, che consenta al cittadino di avere puntuali informazioni sul luogo e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, favorendo così l'accesso e l'esercizio della libera scelta.

Questa rete dovrà consentire la condivisione di tutte le banche dati di interesse sanitario, l'interazione tra le diverse strutture per il teleconsulto, lo scambio di documenti in formato elettronico.

Anche secondo la Corte dei Conti – *Relazione annuale riferita all'esercizio finanziario 2004*- "...la capacità di offerta può essere migliorata soprattutto con azioni che incidano sull'ambito organizzativo, funzionale e strutturale, attraverso la messa in rete delle strutture di erogazione delle prestazioni, la individuazione delle criticità e la definizione di modelli organizzativi diversificati di erogazione delle prestazioni".

Di fronte dunque all'esigenza di conciliare il contenimento dei costi con il conseguimento di livelli di qualità più elevati, e i nuovi bisogni emergenti in relazione all'innalzamento del livello delle tecnologie con le crescenti aspettative dei cittadini, il modello "a rete" appare la soluzione organizzativa da preferire.

Altro aspetto è la centralizzazione degli acquisti. La Regione Campania ha affidato, con la legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24, alla So.Re.Sa. la titolarità in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni e delle attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e AA.OO. Successivamente con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, è stata estesa alla So.Re.Sa. l'esclusiva dell'acquisto anche dei servizi non sanitari e dei beni non sanitari. La stessa delibera ha previsto, inoltre, l'obbligo per le aziende sanitarie di aderire ai contratti stipulati dalla So.Re.Sa.; la sanzione della decadenza per i direttori generali che contravvengono a tale obbligo; il divieto per le aziende sanitarie di indire nuove gare con riferimento alle categorie merceologiche agenti chimici, presidi chirurgici e materiale sanitario, farmaci, materiale diagnostico e dispositivi medici, macchinari e attrezzature di valore unitario superiore a euro 750.000; la pubblicazione delle gare centralizzate da parte della So.Re.Sa.



Consiglio Regionale della Campania

Un'ulteriore innovazione riguarda, infine, l'attribuzione all'Agenzia Regionale Sanitaria (ARSAN), istituita con legge regionale 18 novembre 1996, n. 25, dei compiti di gestione dei programmi di investimento per la manutenzione straordinaria, la progettazione e la realizzazione di nuove opere inerenti l'edilizia sanitaria. Dal 1998 tali programmi sono realizzati tramite i finanziamenti dello Stato ed i fondi messi a disposizione dal bilancio regionale. L'obiettivo è consentire un migliore e tempestivo impiego dei suddetti fondi.

Da sottolineare sono anche:

- le modifiche apportate alle disposizioni relative ai direttori generali per i quali è stata prevista la nomina da parte del Presidente della Giunta Regionale, eliminando il riferimento alla previa delibera della Giunta;
- la nomina, da parte della Regione, dei membri dei Collegi Sindacali, individuati mediante sorteggio nell'ambito di un apposito elenco;
- le disposizioni relative ai Direttori Sanitario, amministrativo e di strutture complesse;
- la rimodulazione delle norme relative alla programmazione Regionale, al sistema informativo e contabile delle aziende sanitarie, al controllo di qualità, ai diritti dei cittadini.

In conclusione, la presente proposta di legge si propone di:

- sviluppare un sistema di offerta a rete capace di garantire in modo esaustivo ed integrato il diritto alla salute;
- rendere più efficiente il sistema sanitario regionale, mediante la semplificazione dell'articolazione organizzativa, l'attribuzione di funzioni precise ai vari attori, la possibilità di misurare le azioni in termini di efficacia, efficienza ed umanizzazione dei servizi;
- riconvertire il trend negativo dei disavanzi economico-finanziari;
- migliorare l'efficienza complessiva del sistema eliminando duplicazioni e ridondanze.

L'obiettivo fondamentale consiste, quindi, nella realizzazione di un Servizio Sanitario Regionale non solo efficace ma anche efficiente in grado di assolvere appieno le proprie funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione.

Occorre garantire il diritto alla salute e rispondere prontamente alle esigenze dei cittadini per rendere la Sanità Campana sempre più risorsa e meno spesa.



Consiglio Regionale della Campania

L'attuazione delle delineate misure di riorganizzazione aiuterà il Sistema sanitario campano a collocarsi in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie nazionali per il grado di tutela della salute raggiunto e per la qualità complessiva delle prestazioni rese.

Giova evidenziare che la proposta di legge che segue contiene non solo una disciplina innovativa del Sistema sanitario regionale, ma anche la riproposizione di alcune disposizioni non modificate della legge regionale attualmente in vigore (l.r. n. 32/94).

Si è ritenuto opportuno infatti racchiudere la normativa relativa all'organizzazione del Sistema Sanitario Regionale in un unico testo per rendere più semplice la lettura dello stesso sia agli addetti che ai non addetti ai lavori.



EPIGRAFE
Consiglio Regionale della Campania

Art. 1	14
(Principi generali)	
Art. 2	15
(Servizio sanitario regionale)	
Art. 3	16
(I soggetti istituzionali)	
Art. 4	17
(Aziende sanitarie locali)	
Art. 5	18
(Organizzazione dell'Azienda sanitaria locale)	
Art. 6	18
(Dipartimento di prevenzione)	
Art. 7	19
(I distretti sanitari)	
Art. 8	20
(Programma delle attività territoriali)	
Art. 9	21
(Direttore di distretto)	
Art. 10	22
(Comitato dei sindaci di distretto)	
Art. 11	22
(Case della Salute)	
Art. 12	23
(Organizzazione della Casa della salute)	
Art. 13	24
(Attività e servizi socio – assistenziali)	
Art. 14	25
(Assistenza ospedaliera)	
Art. 15	25
(Aziende ospedaliere)	
Art. 16	26
(Organizzazione delle Aziende ospedaliere)	
Art. 17	26
(Presidi ospedalieri)	
Art. 18	27
(Rapporti tra SSR e Università)	
Art. 19	28
(Aziende ospedaliero- universitarie)	
Art. 20	29
(Rete ospedaliera)	
Art. 21	29
(Organi delle aziende sanitarie)	
Art. 22	29
(Il Direttore Generale- Funzioni e competenze)	
Art. 23	30
(Il Direttore Generale- Nomina, revoca e decadenza)	
Art. 24	31



Consiglio Regionale della Campania

(Il Collegio sindacale)	
Art. 25	32
(Elenco degli aspiranti alla nomina a componente del collegio sindacale di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere)	
Art. 26	32
(La Conferenza dei Sindaci)	
Art. 27	33
(Direttore amministrativo e direttore sanitario)	
Art. 28	34
(Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo e a direttore sanitario di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere)	
Art. 29	34
(Funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario)	
Art. 30	35
(Il direttore dei servizi sociali)	
Art. 31	35
(Consiglio dei sanitari)	
Art. 32	36
(Collegio di direzione)	
Art. 33	37
(Direzione di struttura complessa delle aziende sanitarie)	
Art. 34	38
(Funzioni del responsabile di struttura complessa)	
Art. 35	38
(La programmazione regionale)	
Art. 36	38
(Piano sanitario regionale)	
Art. 37	39
(Piano attuativo locale)	
Art. 38	40
(Relazione sanitaria regionale)	
Art. 39	40
(Relazione sanitaria aziendale)	
Art. 40	41
(Patrimonio delle aziende)	
Art. 41	41
(Finanziamento del sistema sanitario regionale)	
Art. 42	42
(Ripartizione del Fondo sanitario regionale)	
Art. 43	43
(Indebitamento delle aziende sanitarie)	
Art. 44	43
(Sistema informativo e contabile delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere)	
Art. 45	43
(Bilancio pluriennale di previsione)	
Art. 46	44
(Bilancio preventivo economico annuale)	



Consiglio Regionale della Campania

Art. 46	45
(Bilancio preventivo economico annuale)	
Art. 47	45
(Bilancio di esercizio)	
Art. 48	46
(Libri contabili)	
Art. 49	46
(Sistema budgetario e controllo di gestione)	
Art. 50	47
(Attività contrattuale)	
Art. 51	47
(Edilizia sanitaria)	
Art. 52	47
(Gestione del rischio clinico)	
Art. 53	48
(Le sperimentazioni gestionali)	
Art. 54	48
(Controllo di qualità)	
Art. 55	49
(Controllo sugli atti)	
Art. 56	49
(Costituzione delle aziende)	
Art. 57	49
(Rapporto di impiego)	
Art. 58	50
(Procedure concorsuali)	
Art. 59	50
(Piante organiche)	
Art. 60	50
(Diritti dei cittadini)	
Art. 61	51
(Norma finanziaria)	
Art. 62	51
(Norma finale)	
ALLEGATO A	52
ALLEGATO B	53
ALLEGATO C	54
ALLEGATO D	57



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 1

Principi generali

1. La regione Campania tutela e promuove la salute, come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.
2. La Regione definisce le proprie politiche socio-sanitarie nel rispetto dei seguenti principi:
 - a) partecipazione attiva dei cittadini singoli o associati, titolari del diritto alla salute e soggetti attivi del percorso assistenziale, nella definizione delle prestazioni, dell'organizzazione dei servizi e della loro valutazione;
 - b) sussidiarietà verticale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
 - c) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone singole o associate, per lo svolgimento di attività di interesse generale e di rilevanza sociale, in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione;
 - d) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali agli atti della programmazione sanitaria regionale;
 - e) libertà di scelta del luogo di cura e dell'operatore sanitario nell'ambito dell'offerta e dei percorsi assistenziali programmati;
 - f) uguaglianza degli interventi sanitari e socio-sanitari a tutti i cittadini; equità e pari opportunità di accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie per l'intera collettività;
 - g) garanzia dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione;
 - h) valorizzazione delle risorse umane e professionali del personale del servizio sanitario regionale;
 - i) promozione della sua partecipazione alle attività di ricerca e di formazione continua, coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le organizzazioni di rappresentanza;
 - l) collaborazione con le università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, allo scopo di promuovere la formazione del personale del sistema sanitario regionale e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria;
 - m) finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del fondo sanitario regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 2

Servizio sanitario regionale

1. Il servizio sanitario regionale – di seguito denominato SSR - è costituito dall'insieme delle strutture, delle funzioni, delle attività e delle risorse organizzate al fine di rispondere ai bisogni sanitari ed assistenziali espressi dai cittadini sul territorio regionale rivolte a promuovere lo stato di benessere del singolo e della collettività.

Il SSR si articola nelle:

- a) Aziende sanitarie locali – di seguito denominate AA.SS.LL;
- b) Aziende ospedaliere – di seguito denominate AA.OO., - Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico – di seguito denominati IRCCS -, in connessione con specifiche esigenze assistenziali, didattiche o di ricerca scientifica, e Aziende ospedaliero-universitarie – di seguito denominate AOU -;
- c) altri soggetti pubblici e privati accreditati, con i quali le aziende e gli istituti di cui alle lettere a) e b) abbiano stipulato accordi contrattuali.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 3

I soggetti istituzionali

1. I soggetti istituzionali, cui è affidata la realizzazione delle finalità e degli obiettivi del servizio sanitario regionale, secondo le competenze e con le modalità previste dalla presente legge, sono:
 - a) La Regione, che svolge le funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento del servizio sanitario regionale, assicurando i livelli essenziali ed uniformi di assistenza, tramite le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere di cui alla presente legge;
 - b) I Comuni, che nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, esercitano le attribuzioni di cui alla presente legge, tramite il sindaco o la conferenza dei sindaci;
 - c) Le aziende del servizio sanitario regionale, che gestiscono i servizi sanitari e, su delega dei singoli enti locali, quelli socio-assistenziali.
2. Concorrono, altresì, alle finalità del servizio sanitario regionale:
 - a) Le strutture sanitarie private accreditate che esercitano attività sul territorio regionale;
 - b) Gli enti assistenziali pubblici, le associazioni di volontariato, le organizzazioni non lucrative di utilità sociale ed ogni altra organizzazione riconosciuta dall'ordinamento giuridico;
 - c) Le associazioni di autotutela dei cittadini con le modalità e le garanzie previste dalla normativa vigente;
 - d) Le università, ferma restando la loro autonomia, per la parte di loro competenza;
 - e) Gli enti di ricerca, i cui organi svolgano attività finalizzata ai medesimi obiettivi del Servizio sanitario regionale.
3. I rapporti tra le associazioni e le altre organizzazioni di cui al comma precedente sono regolati da apposite convenzioni.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 4

Aziende sanitarie locali

1. Le Aziende sanitarie locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.
2. L'organizzazione e il funzionamento delle AASSLL sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, adottato dal direttore generale nel rispetto dei principi e criteri previsti dalle disposizioni nazionali e regionali. Le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni, sono articolate in strutture organizzative, secondo criteri di omogeneità e di funzionalità; ad ogni struttura organizzativa è preposto un responsabile.
3. Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi generali, sono previste articolazioni funzionali per gli affari generali, per gli affari legali, per la gestione giuridico - amministrativa del personale, per la raccolta ed elaborazione dati, per la gestione economico - finanziaria, per il provveditorato ed economato nonché, per le attività tecniche e manutentive di carattere ordinario.
4. La Regione modifica gli ambiti territoriali delle AASSLL così come definiti dalla legge regionale 3 novembre 1994, n. 32, ed istituisce le seguenti AASSLL:
 - a) Azienda sanitaria locale Caserta;
 - b) Azienda sanitaria locale Avellino;
 - c) Azienda sanitaria locale Benevento;
 - d) Azienda sanitaria locale Salerno 1;
 - e) Azienda sanitaria locale Salerno 2;
 - f) Azienda sanitaria locale Napoli 1;
 - g) Azienda sanitaria locale Napoli 2;
 - h) Azienda sanitaria locale Napoli 3.
5. La Giunta regionale individua, entro trenta giorni dall'approvazione della presente legge la sede legale di ciascuna Azienda sanitaria locale, sulla base del criterio del baricentro della popolazione e della preesistenza di adeguate strutture sanitarie, senza costi aggiuntivi.
5. Le AASSLL provvedono:
 - a) alla programmazione e alla gestione delle attività definite nei livelli uniformi di assistenza sanitaria indicati nel piano sanitario nazionale e nel piano sanitario regionale;
 - b) alla programmazione ed alla gestione delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3-septies del decreto legislativo n. 502/92;
 - c) alla gestione delle attività di assistenza sociale delegate dagli enti locali, che provvedono alla copertura dei relativi oneri.
6. Le Aziende sanitarie locali esercitano, altresì, le funzioni di vigilanza e controllo sulle attività istituzionali-amministrative e gestionali delle strutture di offerta, pubbliche e private, socio-assistenziali e socio-sanitarie accreditate o autorizzate.
7. Le AASSLL informano la loro attività a criteri di efficacia, efficienza ed economicità e sono tenute al rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e ricavi, compresi i trasferimenti di risorse finanziarie.
8. I rapporti tra le AASSLL, i Comuni e le Province sono regolati da convenzioni stipulate sulla base di direttive di carattere vincolante deliberate dalla Giunta regionale, sentita la competente



Consiglio Regionale della Campania

Commissione consiliare. Tali convenzioni stabiliscono:

- a) la natura dei compiti e delle funzioni delegate all'ASL, nonché la quantità e la qualità dei servizi e delle prestazioni che l'ASL deve assicurare;
- b) l'entità delle risorse finanziarie attribuite all'ASL dagli enti deleganti a copertura di tutti i costi diretti ed indiretti discendenti dall'esercizio dei compiti e delle funzioni delegate.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 5

Organizzazione dell'Azienda sanitaria locale

1. L'Azienda sanitaria locale assicura l'erogazione delle prestazioni attraverso:
 - a) Il Dipartimento di prevenzione;
 - b) I Distretti sanitari.
2. Il regolamento dell'ASL può prevedere ulteriori configurazioni tecnico – strutturali dei centri deputati all'erogazione dell'assistenza sanitaria, con prioritario riferimento ai progetti – obiettivo e alle azioni programmate nell'ambito dei piani sanitari nazionali e regionali.



Articolo 6
Consiglio Regionale della Campania

Dipartimento di prevenzione

1. Presso ciascuna ASL è istituito il Dipartimento di prevenzione: struttura preposta alla tutela della salute collettiva, alla prevenzione degli stati morbosi, al miglioramento della qualità della vita, attraverso la conoscenza e la gestione dei rischi per la salute negli ambienti di vita e di lavoro.
2. Al Dipartimento sono attribuite le seguenti funzioni:
 - a. profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - b. tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari negli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
 - c. tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro;
 - d. sanità pubblica veterinaria;
 - e. tutela igienico – sanitaria degli alimenti;
 - f. tutela della salute nelle attività sportive.
3. Il Dipartimento di prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, ha autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità. Il direttore del Dipartimento è scelto dal Direttore generale tra i dirigenti con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.
4. Il Dipartimento di prevenzione è organizzato in Direzione dipartimentale, articolata nelle seguenti unità operative:
 - a) igiene e sanità pubblica;
 - b) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
 - c) igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - d) igiene e medicina del lavoro;
 - e) epidemiologia e prevenzione;
 - f) veterinaria, articolata in:
 - g) servizio veterinario della sanità animale;
 - h) servizio veterinario dell'igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
 - i) servizio veterinario dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
5. In sede di Piano sanitario regionale sono individuate e definite le modalità di raccordo funzionale tra i servizi veterinari e gli istituti zooprofilattici sperimentali, delle cui prestazioni e collaborazioni tecnico - scientifiche i primi si avvalgono, al fine del coordinamento tecnico delle attività di pubblica sanità veterinaria.
6. La Regione, attraverso l'osservatorio epidemiologico regionale, cura le modalità per l'acquisizione da parte dei dipartimenti di prevenzione di ogni informazione utile ai fini della conoscenza dei rischi per la tutela della salute e per la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, nonché, per i collegamenti con l'Istituto superiore della sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro e con l'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro.
7. Il Dipartimento di prevenzione si coordina con l'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Campania (ARPAC), secondo le disposizioni contenute nella relativa legge istitutiva, e con gli indirizzi della Giunta regionale per quanto attiene l'organizzazione funzionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 7

I distretti sanitari

1. Il distretto sanitario costituisce l'articolazione territoriale e funzionale delle AASSLL, è dotato di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito delle direttive emanate dal direttore generale, ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.
2. Il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti, dei servizi aziendali, e della strutture ospedaliere, inserendole organicamente nel programma delle attività territoriali (PAT)
3. Il distretto sanitario svolge, altresì, le attività socio-assistenziali gestite dall'ASL per conto degli enti locali nell'ambito territoriale di sua pertinenza.
4. Il distretto è finalizzato a realizzare l'integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni sanitari della popolazione.
5. Esso garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione.
6. Nel distretto sono assicurate le seguenti funzioni:
 - a) assistenza specialistica ambulatoriale;
 - b) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - c) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
 - d) attività o servizi rivolti a disabili e anziani;
 - e) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - f) attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
 - g) attività di medicina dello sport.
7. Nel distretto operano articolazioni della struttura complessa farmaceutica territoriale, integrandosi funzionalmente con la struttura di assistenza primaria; trovano, altresì, collocazione, a livello funzionale, le strutture del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona.
8. La Regione modifica gli ambiti territoriali dei distretti così come definiti dalla legge regionale 3 novembre 1994, n.32. L'ambito territoriale di ciascun distretto è definito nell'allegato D della presente legge, che ne forma parte integrante.
9. Il regolamento interno dell'azienda sanitaria locale definisce l'organizzazione e il funzionamento del distretto sanitario.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 8

Programma delle attività territoriali

1. Il Programma delle attività territoriali - PAT- definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate; individua le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità; rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi.
2. Il PAT è proposto, dal direttore del distretto, sulla base delle risorse assegnate e previa concertazione e coordinamento con i responsabili dei dipartimenti territoriali dell'ASL ed il Comitato dei sindaci di distretto. La proposta di programma è trasmessa al direttore generale ai fini dell'approvazione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 9

Direttore di distretto

1. Ad ogni distretto sanitario è preposto un dirigente medico responsabile delle funzioni sanitario - organizzative, coadiuvato da un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo.
2. L'incarico di direttore di distretto è attribuito dal direttore generale ad un dirigente dell'azienda, che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure ad un medico convenzionato, da almeno dieci anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.
3. Il direttore del distretto è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della direzione dell'ASL, della gestione delle risorse assegnate al distretto e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.
4. Il direttore del distretto svolge, in particolare, le seguenti funzioni:
 - a) analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
 - b) gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al distretto;
 - c) organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurare adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità nonché l'integrazione fra gli stessi e gli altri servizi alla persona esistenti nell'ambito territoriale;
 - d) coordinamento e concertazione con gli enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
 - e) elaborazione della proposta relativa al programma delle attività territoriali;
 - f) monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del PAT.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 10

Comitato dei sindaci di distretto

1. Il comitato dei sindaci di distretto è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.
2. Il comitato è costituito dai sindaci dei comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto ed è presieduto da un sindaco eletto a maggioranza assoluta. Alle sedute del comitato partecipa il direttore generale o un suo delegato e il direttore di distretto.
3. Il comitato svolge funzioni consultive e propositive sul programma delle attività territoriali e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 11

Case della salute

1. Le AASSLL, sulla base degli indirizzi regionali, attivano forme innovative di organizzazione dei servizi sanitari territoriali e di integrazione dei servizi sanitari e sociali, mediante la costituzione delle case della salute.
2. La casa della salute è una struttura polivalente e funzionale, avente come obiettivo quello di favorire, attraverso la contiguità spaziale dei servizi e degli operatori, l'unitarietà e l'integrazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, sociali e sociosanitarie nell'area elementare del distretto. A tal fine:
 - a) garantisce la continuità assistenziale e terapeutica nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni su sette;
 - b) assicura un punto unico di accesso dei cittadini alla rete dei servizi e la presa in carico della domanda;
 - c) opera per programmi condivisi, sulla base del programma delle attività territoriali del distretto e del piano sociale di zona;
 - d) promuove la partecipazione dei cittadini alla definizione degli obiettivi di salute e alla valutazione dei risultati ottenuti;
 - e) realizza l'attività interdisciplinare tra il personale del distretto (tecnico-amministrativo, infermieristico, della riabilitazione, dell'intervento sociale), i medici di base (che vi eleggeranno il proprio studio associato) e gli specialisti ambulatoriali;
 - f) organizza e coordina le risposte da dare al cittadino nelle sedi più idonee, privilegiando il domicilio e il contesto sociale delle persone;
 - g) sviluppa programmi di prevenzione, basati su conoscenze epidemiologiche e sulla partecipazione informata dei cittadini;
 - h) mantiene, tramite il distretto, rapporti di collaborazione con gli ospedali di riferimento;
 - i) favorisce il controllo collegiale delle attività e la valutazione dei risultati;
 - j) offre occasioni di formazione permanente agli operatori.
4. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono responsabili verso gli assistiti dell'attivazione del percorso assistenziale. A tal fine è garantita l'operatività in rete dei servizi sanitari territoriali e dei servizi ospedalieri e la loro integrazione con i servizi socio-assistenziali. La continuità assistenziale nell'arco delle ventiquattro ore e sette giorni alla settimana viene assicurata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta in collaborazione con i medici della continuità assistenziale (ex guardia medica) nei locali della casa della salute. Tutte le convenzioni saranno indirizzate verso forme di associazionismo medico, per le attività di associazionismo verranno utilizzati spazi della casa della salute.
5. E' istituito il dipartimento trasmurale casa della salute - Ospedale di riferimento con l'obiettivo di garantire percorsi comuni clinico-assistenziali e formativi.
6. L'area elementare del distretto, di cui al comma 2, comprende un bacino di utenza corrispondente a circa 20.000 persone ed è individuata mediante intesa tra l'Azienda sanitaria locale e la Conferenza dei sindaci, tenuto conto della conformazione del territorio, della densità della popolazione, dell'adeguatezza del sistema di trasporto e della rete di accesso ai servizi.
7. La Casa della Salute è la sede unica dei servizi e degli operatori. Essa è realizzata all'interno di strutture sanitarie o amministrative dismesse, a seguito della riconversione di piccoli ospedali, di strutture messe a disposizione dai comuni o di ambienti di nuova acquisizione. Alcune attività (residenze sanitarie assistenziali), caratterizzate da sufficiente autonomia di gestione possono essere ubicate in una sede diversa.
8. Ad ogni Casa della Salute è preposto un coordinatore, nominato dal Direttore Generale dell'ASL, nell'ambito dell'area medica o pediatrica convenzionata o della dipendenza.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 12

Organizzazione della Casa della salute

1. La casa della salute è organizzata per aree di attività:
 - a) Area del CUP – Centro unificato di prenotazione;
 - b) Area dei Servizi sanitari;
 - c) Area dei Servizi socio-sanitari;
 - d) Area dei Servizi sociali.
2. La casa della salute è il primo punto di incontro tra il cittadino e il sistema organizzato dei servizi sanitari e socio sanitari. Ad essa si rivolgeranno i cittadini per le informazioni, la prenotazione di visite, esami ed altre prestazioni di cura, la presa in carico dei loro bisogni assistenziali e l'organizzazione di una risposta adeguata. In quest'area è previsto, inoltre, il collegamento in rete delle farmacie pubbliche e convenzionate per la messa in rete dei servizi di informazione, educazione sanitaria, piccola diagnostica, ecc. offerti dalle farmacie.
3. L'area dei servizi sanitari assicura:
 - a) un servizio delle prestazioni urgenti (con la presenza del punto di soccorso mobile 118), dei prelievi (anche a domicilio per le persone non deambulanti) e delle donazioni di sangue;
 - b) un ambulatorio di prime cure e per le piccole urgenze che non necessitano di ricovero in ospedale, aperto nelle ore diurne;
 - c) ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con disponibilità di tecnologie diagnostiche ed informatiche (telemedicina e teleconsulto), servizi di informazione collegati con lo sportello del CUP, archivio informatizzato delle cartelle cliniche, ecc.;
 - d) continuità assistenziale (ex guardia medica) sette giorni su sette, ventiquattro ore al giorno;
 - e) un ambulatorio infermieristico;
 - f) degenze territoriali (ospedali di comunità), con posti letto per il ricovero di pazienti che non possono essere curati al domicilio, ma che non richiedono un ricovero ospedaliero;
 - g) ambulatori per attività specialistiche di ordine medico (cardiologia, fisiatria, geriatria, reumatologia e neurologia);
 - h) ambulatori di neurologia e geriatria per il trattamento delle malattie neurologiche degenerative;
 - i) ambulatori di reumatologia e fisiatria per il trattamento delle malattie articolari, infiammatorie e croniche;
 - l) attività di diagnostica semplice (radiografie, ecografie, mammografie, spirometrie, ecc.).
4. L'area dei servizi socio-sanitari comprende:
 - a) il SERT, dotato di spazio autonomo ma coordinato con le cure primarie, con i servizi sociali e con le attività di auto-aiuto per contrastare la dipendenza da alcool e sostanze psicotrope;
 - b) il servizio di salute mentale;
 - c) un centro diurno per l'assistenza di persone non autosufficienti che durante il giorno non possono restare in famiglia;
 - d) il servizio di recupero e riabilitazione funzionale;
 - e) una residenza sanitaria assistenziale con venti posti letto che può essere ubicata anche in un'altra sede;
 - f) assistenza domiciliare integrata - ADI -, con una propria sede e mezzi di trasporto;
 - g) area della prevenzione, in cui si costruiscono rapporti di collaborazione tra servizi



Consiglio Regionale della Campania

sociosanitari e cittadini; si sviluppano programmi partecipati di intervento su fattori ambientali, sulla cause delle malattie; si impostano programmi di educazione alla salute con la scuola, i centri sociali degli anziani, le associazioni di utenti, le associazioni del volontariato.

h) consultorio familiare e ambulatorio andrologico.

5. Nell'area dei servizi sociali trovano collocazione i servizi sociali e del volontariato, le attività amministrative e di supporto ai medici e agli altri operatori della casa della salute. Essa è articolata in :

- a) uffici per il servizio sociale e il volontariato;
- b) area delle attività amministrative per il governo della struttura, per l'informazione e comunicazione con i cittadini, per il supporto delle attività sanitarie e sociali svolte nella casa della salute;
- c) area delle tecnologie informatiche: teleconsulto, telediagnosi clinica, teleassistenza e telemonitoraggio per collaborazioni a distanza con centri diagnostici e di alta qualificazione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 13

Attività e servizi socio – assistenziali

1. L'Azienda sanitaria locale può assumere la gestione di attività socio-assistenziali su delega degli enti locali, mediante appositi atti di intesa, con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione.
2. Oggetto dell'intesa è la specificazione delle singole attività che l'ente locale intende affidare all'azienda, delle modalità delle prestazioni e di ogni altra condizione.
3. Gli enti locali prevedono specifici stanziamenti di bilancio per le somme da trasferire all'Azienda sanitaria locale che può procedere all'erogazione delle prestazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 14

Assistenza ospedaliera

1. La Regione assicura l'erogazione dell'assistenza ospedaliera avvalendosi dei Presidi ospedalieri, delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliero - universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, delle strutture private accreditate.
2. Le Aziende ospedaliere assumono la gestione diretta dei Presidi ospedalieri, secondo lo schema riportato nell'allegato C.
3. In deroga al principio indicato nel comma precedente, l'incorporazione di presidi o strutture sanitarie nelle AASSLL può essere consentita in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche delle singole province.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 15

Aziende ospedaliere

1. Le Aziende ospedaliere riconosciute di rilievo nazionale e di alta specializzazione con i Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 8 aprile 1993 e 23 aprile 1993, riportate nell'allegato B, conservano la loro natura giuridica. Esse sono dotate di autonomia imprenditoriale e sono strutturate in dipartimenti.
2. Il Consiglio regionale può costituire, modificare o estinguere aziende ospedaliere di interesse regionale, sulla base della sussistenza o meno dei seguenti requisiti:
 - a) organizzazione dipartimentale;
 - b) adozione dei sistemi di contabilità economico-patrimoniale dei centri di costo, secondo modalità stabilite dalla Giunta regionale;
 - c) disponibilità del patrimonio adeguato allo svolgimento delle attività istituzionali.
3. Ai fini della costituzione delle aziende ospedaliere si tiene conto dei seguenti criteri:
 - a) indici di funzionalità del singolo presidio o dei presidi dell'azienda ospedaliera, in termini qualitativi e quantitativi;
 - b) indici di attrazione e dispersione per territorio di riferimento;
 - c) collocazione geografica del o dei presidi, con riferimento a ottimali criteri di accesso dell'utenza;
 - d) valore aggiunto per la riqualificazione della rete ospedaliera.
4. Le Aziende ospedaliere esercitano, di norma, le funzioni di assistenza ospedaliera loro attribuite dal piano regionale ospedaliero, di cui alle legge regionale 19 dicembre 2006, n. 24, e dalla legge regionale 11 febbraio 1994, n. 2, nonché, le altre funzioni assegnate dal piano sanitario regionale.
5. Le Aziende ospedaliere esercitano attività ospedaliere e specialistiche, mediante gestione diretta e attraverso i presidi ospedalieri.
6. In relazione alle attività specialistiche loro attribuite dagli strumenti di programmazione regionale, le Aziende ospedaliere assicurano:
 - a) le prestazioni di ricovero;
 - b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - c) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 16

Organizzazione delle Aziende ospedaliere

1. Le Aziende ospedaliere, in conformità al Piano regionale ospedaliero, sono organizzate in dipartimenti. I regolamenti dell'Azienda ospedaliera prevedono l'organizzazione interna ed il funzionamento dei dipartimenti ospedalieri.
2. Nell'ambito di ciascuna Azienda ospedaliera è istituito il Dipartimento di supporto interpresidio, che accorpa funzioni di gestione, altrimenti duplicate e ridondanti; coordina le attività dei presidi ospedalieri che fanno capo all'Azienda ospedaliera; supporta l'attività dei presidi secondo logiche di rete.
3. Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi generali, sono previste articolazioni funzionali per gli affari generali, per gli affari legali, per la gestione giuridico - amministrativa del personale, per la raccolta ed elaborazione dati, per la gestione economico - finanziaria, per il provveditorato ed economato nonché, per le attività tecniche e manutentive di carattere ordinario.
4. L'Azienda ospedaliera è tenuta, altresì, a prevedere, nell'ambito della propria organizzazione, ai sensi dell'articolo 11 del decreto legislativo n. 165 del 2001 e successive modifiche ed integrazioni, un ufficio per le relazioni con il pubblico, con funzioni, tra le altre, di raccolta ed elaborazione dati, come supporto indispensabile per l'attività di valutazione del grado di soddisfazione dell'utenza e di controllo di qualità dell'assistenza erogata.
5. All'interno di ciascuna azienda sono riservati spazi adeguati per l'esercizio delle libera professione intramuraria e una quota non inferiore al cinque per cento e non superiore al dieci per cento dei posti letto per l'istituzione di camere a pagamento. Il direttore generale è direttamente responsabile dell'attuazione di dette disposizioni.
6. Il ricovero in camere con posti letto a pagamento comporta l'esborso da parte del ricoverato di una retta giornaliera stabilita in relazione al livello di qualità alberghiera della stessa, nonché, se trattasi di ricovero richiesto in regime libero professionale, di una somma forfetaria comprensiva di tutti gli interventi medici e chirurgici, delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio strettamente connesse ai singoli interventi, differenziata in relazione al tipo di interventi stessi, sulla base di apposito tariffario da adottarsi con provvedimento del direttore generale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 17

Presidi ospedalieri

1. I presidi ospedalieri, riportati nell'allegato c, sono articolazioni organizzative delle Aziende ospedaliere, dotate di autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda ospedaliera. Essi assicurano la fornitura di prestazioni specialistiche, di ricovero e ambulatoriali, secondo le caratteristiche qualitative previste dalla programmazione regionale e dal sistema integrato regionale per la emergenza sanitaria -SIRES - di cui alla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.
2. In ogni presidio ospedaliero è previsto un dirigente medico, responsabile delle funzioni igienico - organizzative ed un dirigente amministrativo per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo. I dirigenti operano nel quadro degli indirizzi emanati dal direttore generale ed assumono la responsabilità della struttura loro affidata.
3. Il direttore generale individua per ciascun presidio il dirigente responsabile della gestione complessiva. Il direttore di presidio è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale delle risorse assegnate al presidio, ed in particolare:
 - a) garantisce l'integrazione con i dipartimenti e le unità operative dell'azienda ospedaliera di appartenenza;
 - b) partecipa alle attività di programmazione dell'azienda ospedaliera;
 - c) è responsabile del budget assegnato, ne negozia la ripartizione interna con i direttori di dipartimento e lo gestisce in accordo con il direttore generale;
 - d) è responsabile della valutazione comparativa dei costi e dei risultati, attraverso il controllo di gestione;
 - e) è responsabile delle verifiche gestionali e tecnico-professionali dei dirigenti;
 - f) è responsabile del patrimonio mobiliare e immobiliare del presidio;
 - g) cura, in accordo con il direttore generale, la gestione del personale e definisce la dotazione organica.
4. Ciascun presidio ospedaliero, in conformità al piano regionale ospedaliero, è organizzato in dipartimenti funzionali. La responsabilità organizzativa del dipartimento è affidata a rotazione, con cadenza biennale, dal direttore generale ad uno dei dirigenti delle unità operative afferenti allo stesso dipartimento, tenuto conto dell'esperienza maturata e fatto salvo quanto previsto dalla legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.
5. L'organizzazione interna ed il funzionamento dei presidi ospedalieri sono disciplinati con regolamento adottato dall'Azienda ospedaliera secondo le indicazioni del piano regionale ospedaliero e della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.
6. Per la disciplina dell'esercizio della libera professione intramuraria, nonché, per l'istituzione di posti letto a pagamento, si applicano le disposizioni di cui all' articolo 16, commi 4 e 5, previste per le aziende ospedaliere.
7. I regolamenti interni, nel rispetto del piano regionale ospedaliero, disciplinano le modalità di accesso alle attività e alle prestazioni dei presidi. La Regione promuove l'integrazione funzionale dei centri unici di prenotazione di cui all'articolo 25 della legge regionale 11 gennaio 1994, n. 2.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 18

Rapporti tra SSR e Università

1. Il presidente della Giunta regionale, sulla base di conforme deliberazione della Giunta, sentita la commissione consiliare competente, nell'ambito del piano sanitario regionale, stipula con le Università della Campania protocolli di intesa per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e contestualmente l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie delle università e del servizio sanitario regionale.
2. Analoghi protocolli d'intesa sono stipulati con gli Istituti di ricovero e cura carattere scientifico -IRCCS-.
3. I protocolli d'intesa, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 6, 6-bis e 6-ter del decreto legislativo n. 502/1992, dall'articolo 1 del decreto legislativo n.517/1999 dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale, tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, disciplinano:
 - a. i criteri per promuovere e disciplinare l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra servizio sanitario regionale e università;
 - b. i criteri per l'individuazione e l'organizzazione delle scuole e dei corsi di formazione, sulla base degli ordinamenti didattici vigenti;
 - c. le tipologie di studi e ricerche da attribuire ai dipartimenti assistenziali integrati e i criteri di ripartizione dei relativi oneri e di utilizzo dei risultati;
 - d. la definizione delle linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale;
 - e. i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della facoltà di medicina e chirurgia, delle Aziende ospedaliero-universitarie, e delle AASSLL, per quanto concerne le attività di prevenzione, secondo criteri di essenzialità ed efficacia assistenziale, di economicità nell'impiego delle risorse professionali e di funzionalità e coerenza con le esigenze di ricerca e di didattica dei corsi formativi. Le medesime attività e strutture tengono anche conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di diploma universitario e di specializzazione, nel rispetto delle attribuzioni del Servizio sanitario e delle università di cui agli articoli 6, commi 2 e 3, e 16-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché di cui al Titolo VI del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, per quanto concerne la formazione dei medici specialisti e del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione;
 - f. la definizione, con riferimento ai parametri di cui al primo ed al secondo periodo della lettera e), del volume ottimale di attività e del numero massimo di posti letto di strutture assistenziali anche in rapporto al numero degli studenti iscritti ai corsi di laurea della facoltà di medicina e chirurgia ed alle esigenze della ricerca, prevedendo inoltre i criteri e le modalità per il progressivo adeguamento agli standard fissati e la contestuale riduzione dei posti letto, anche in attuazione del piano sanitario regionale.



Consiglio Regionale della Campania

4. La Regione, nel rispetto dell'autonomia delle Università e sulla base delle esigenze della programmazione sanitaria regionale, finanzia l'assegnazione di borse di studio, per le scuole di specializzazione delle Facoltà di medicina e chirurgia dell'Ateneo Federico II e del II Ateneo di Napoli.
5. Agli oneri derivanti dall'attuazione degli interventi di cui al comma precedente, si provvede con appositi stanziamenti di bilancio, non a carico del fondo sanitario regionale, fissati nella legge regionale di approvazione del bilancio annuale.
6. I protocolli d'intesa di cui al comma 1 stabiliscono, altresì, i criteri generali per l'adozione, da parte del direttore generale delle aziende sanitarie, degli atti normativi interni, ivi compreso l'atto aziendale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 19

Aziende ospedaliero- universitarie

1. La collaborazione fra servizio sanitario regionale e Università, si realizza attraverso le Aziende ospedaliero-universitarie di seguito denominate - AOU - aventi autonoma personalità giuridica e organizzate secondo la disciplina di cui al decreto legislativo 517/1999.
2. Le AOU operano nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale e concorrono sia al raggiungimento degli obiettivi di quest'ultima, sia alla realizzazione dei compiti istituzionali delle Università, in considerazione dell'apporto reciproco tra le funzioni del Servizio sanitario nazionale e quelle svolte dalle facoltà di medicina e chirurgia. Le attività assistenziali svolte perseguono l'efficace e sinergica integrazione con le funzioni istituzionali delle Università, sulla base dei principi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale.
3. Le Aziende ospedaliero-universitarie assicurano, relativamente alle attività specialistiche loro attribuite dagli strumenti di programmazione regionale, le seguenti attività:
 - a. le prestazioni di ricovero;
 - b. le prestazioni specialistiche ambulatoriali;
 - c. le attività di emergenza e urgenza ospedaliera, organizzate in forma dipartimentale;
 - d. le attività di ricerca clinica e preclinica;
 - e. le altre attività tipiche della facoltà di medicina e chirurgia inscindibilmente connesse con le attività assistenziali;
 - f. le attività didattiche legate al sistema regionale della formazione sanitaria.
4. Le Aziende ospedaliero-universitarie perseguono lo sviluppo delle attività di alta specializzazione, in coerenza con l'ottimizzazione della rete ospedaliera e con le indicazioni della programmazione regionale.
5. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle AOU, al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. I dipartimenti sono articolati in strutture complesse e in articolazioni funzionali, definite strutture semplici.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 20

Rete ospedaliera

1. Le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere e gli altri enti del servizio sanitario regionale concorrono allo sviluppo della rete dei servizi sanitari e ospedalieri, allo scopo di garantire all'assistito la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, rispondente tempestivamente al bisogno accertato, attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse.
2. La rete ospedaliera è volta a garantire, altresì, al cittadino puntuali informazioni sul luogo e sulle modalità di erogazione delle prestazioni, favorendo così l'accesso e l'esercizio della libera scelta.
3. Gli ospedali presenti sul territorio regionale costituiscono la rete dei servizi ospedalieri, gerarchicamente e funzionalmente organizzata secondo le indicazioni stabilite dal piano sanitario regionale e dal piano ospedaliero regionale;
4. La programmazione sanitaria assicura lo sviluppo dei servizi ospedalieri e dei servizi sanitari territoriali in rete e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
5. La Regione incentiva altresì lo sviluppo di programmi e progetti interaziendali finalizzati a realizzare prestazioni di elevato livello qualitativo ovvero ad integrare, razionalizzare e qualificare l'offerta.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 21

Organi delle aziende sanitarie

1. Sono organi delle aziende sanitarie:
 - a) il direttore generale;
 - b) il collegio sindacale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 22

Il Direttore Generale- Funzioni e competenze

1. Il direttore generale ha la rappresentanza legale dell'azienda sanitaria, è responsabile della gestione aziendale ed è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, nonché dal responsabile dei servizi di integrazione socio-sanitaria.
2. Al direttore generale è riservata l'adozione dei seguenti atti:
 - a) lo statuto aziendale, entro sessanta giorni dalla data di immissione nelle proprie funzioni, recependo gli indirizzi determinati in uno schema tipo deliberato dalla Giunta regionale;
 - a) gli atti di bilancio;
 - b) i piani attuativi aziendali;
 - c) la relazione sanitaria aziendale;
 - d) i provvedimenti che comportano modificazioni dello stato patrimoniale dell'azienda;
 - e) la nomina, la sospensione o la decadenza del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del responsabile dei servizi sociali;
 - f) la nomina dei membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del collegio;
 - g) la nomina dei direttori o dei responsabili delle strutture ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali.
3. Al direttore generale compete inoltre, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.
4. Il direttore generale adotta i provvedimenti di sua competenza sentito il parere del direttore sanitario, del direttore amministrativo, del consiglio dei sanitari, ove richiesto, nonché, del coordinatore dei servizi sociali ove presente. Qualora ritenga di adottare tali provvedimenti in difformità dei pareri come innanzi espressi, è tenuto a darne motivazione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 23

Il Direttore Generale- Nomina, revoca e decadenza

1. Il direttore generale è nominato, con decreto del Presidente della Giunta regionale, tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del D.Lgs. n. 502/92, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, individuati a seguito di avviso pubblico.
2. I direttori generali, oltre i requisiti previsti dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, devono:
 - a) non aver svolto lo stesso incarico per due quinquenni consecutivi nella medesima azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera;
 - b) non aver occupato tale incarico in azienda sanitaria locale o azienda ospedaliera incorsa nelle sanzioni previste all'articolo 3 della legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24.
3. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato di durata pari a cinque anni, rinnovabile; il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V titolo III del codice civile, secondo lo schema-tipo approvato dalla Giunta regionale ed è stipulato fra il Presidente della giunta ed il direttore generale nominato nel termine di quindici giorni.
4. Il Presidente della giunta regionale accerta al momento della nomina la sussistenza delle condizioni di incompatibilità del direttore generale, di cui ai commi 9 e 11 dell'articolo 3 del decreto legislativo n.502/92. L'accertamento, anche successivo, delle condizioni di incompatibilità comporta, in ogni caso, la decadenza dall'incarico e la risoluzione del rapporto di lavoro.
5. All'atto della nomina, a ciascun direttore generale sono assegnati gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi e le risorse finanziarie necessarie al raggiungimento degli stessi, ferma restando la piena autonomia gestionale.
6. Trascorsi diciotto mesi dalla nomina, e successivamente ogni anno, il Presidente della giunta regionale verifica i risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati e, sentito il parere della conferenza dei sindaci di cui all'articolo 22 della presente legge, ovvero per le aziende ospedaliere, della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale, di cui all'articolo 20 della legge regionale 11 luglio 2002, n. 10, integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda, procede alla conferma o meno dell'incarico entro i tre mesi successivi. La eventuale conferma deve essere preceduta da una valutazione positiva dell'operato del direttore generale.
7. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o impedimento del direttore generale, le relative funzioni sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale, o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano. Ove l'assenza o l'impedimento del Direttore Generale si protragga oltre sei mesi, il Presidente della giunta regionale procede alla sua sostituzione.
8. Il direttore generale decade dall'incarico:
 - a) qualora ricorrano gravi motivi;
 - b) qualora la gestione presenti una situazione di grave e ingiustificato disavanzo;
 - c) in caso di gravi violazioni di legge o dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'amministrazione.
9. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della giunta regionale.



Consiglio Regionale della Campania

10. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione di diritto del contratto con il direttore generale. In tali casi provvede la regione, previo parere della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale di cui all'articolo 20 della legge regionale 11 luglio 2002, n. 10, che si esprime nel termine di dieci giorni dalla richiesta, decorsi inutilmente i quali la risoluzione del contratto può avere comunque corso. Si prescinde dal parere nei casi di particolare gravità e urgenza. Quando i procedimenti di revoca di riguardano i direttori generali delle aziende ospedaliere, la Conferenza è integrata con il sindaco del comune capoluogo della provincia in cui è situata l'azienda.
11. Nei casi di decadenza o revoca al direttore generale subentra il direttore più anziano, per età, tra il direttore amministrativo e il direttore sanitario, ove in possesso dei requisiti alla nomina di direttore generale, fino alla nomina del nuovo direttore generale. In alternativa, il Presidente della Giunta regionale può procedere, in casi di particolare gravità, al commissariamento dell'azienda, motivando il ricorso a tale procedura.
12. Il direttore generale non può svolgere lo stesso incarico per più di due quinquenni consecutivi nella medesima azienda sanitaria.
13. La carica di direttore generale è incompatibile con la sussistenza di altro rapporto di lavoro, dipendente o autonomo.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 24

Il Collegio sindacale

1. Il Collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla regione, uno dal Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, uno dal Ministro della sanità e uno dalla Conferenza dei sindaci; per le Aziende ospedaliere quest'ultimo componente è designato dall'organismo di rappresentanza dei comuni.
2. I componenti del Collegio sindacale sono scelti tra gli iscritti nel registro dei revisori contabili istituito presso il Ministero di grazia e giustizia, ovvero tra i funzionari del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di revisori dei conti o di componenti dei collegi sindacali.
3. Il direttore generale dell'azienda costituisce il Collegio nominando i revisori con specifico provvedimento e lo convoca entro il termine massimo di dieci giorni dalla nomina per l'insediamento e per l'elezione del presidente. Il presidente del Collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta e provvede alle successive convocazioni.
4. Le adunanze del Collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il membro del Collegio sindacale, che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive del collegio, decade dall'ufficio.
5. Ove a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il Collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il direttore generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti dovrà procedersi alla ricostituzione dell'intero Collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del Collegio entro trenta giorni, la regione provvede a costituirlo in via straordinaria con un funzionario della regione e due designati dal Ministro del tesoro. Il Collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del Collegio ordinario.
6. Il Collegio sindacale:
 - a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
 - b) vigila sull'osservanza della legge;
 - c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
 - d) riferisce almeno trimestralmente alla Giunta regionale, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
 - e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.
7. Ai membri del Collegio sindacale è attribuita l'indennità prevista dall'articolo 3, comma 13, del decreto delegato, ed il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei limiti e secondo quanto previsto dalla normativa vigente per i dirigenti del servizio sanitario nazionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 25

*Elenco degli aspiranti alla nomina a componente del
collegio sindacale di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere*

1. I componenti del Collegio sindacale designati dalla regione sono individuati, mediante sorteggio, nell'ambito di apposito elenco istituito presso l'assessorato alla sanità.
2. L'iscrizione all'elenco di cui al comma 1 avviene a domanda degli interessati. Gli uffici regionali competenti verificano la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge per la nomina nonché la regolarità formale della domanda di iscrizione.
3. La domanda è inviata all'assessorato alla sanità esclusivamente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno; sulla stessa è apposta, in modo evidente, la dicitura: "Domanda di iscrizione nell'elenco degli aspiranti alla nomina a componente del collegio sindacale". Gli aspiranti alla nomina allegano alla domanda il "curriculum vitae" e tutti i titoli scientifici e professionali ritenuti pertinenti, ivi comprese le pubblicazioni a stampa.
4. La domanda per ottenere l'iscrizione nell'elenco può essere inoltrata dal 1° al 31 dicembre di ciascun anno. Al fine della verifica della presentazione della domanda entro i termini prescritti, fa fede il timbro dell'ufficio postale accettante.
5. La domanda di iscrizione si considera accolta decorsi novanta giorni dalla sua ricezione, in assenza di diversa comunicazione. L'assenza dei requisiti non è sanabile.
6. I competenti uffici regionali dispongono gli opportuni controlli per la verifica della veridicità delle dichiarazioni relative ai titoli autocertificati dagli aspiranti. Dichiarazioni non conformi alle risultanze dei controlli determinano la cancellazione dell'aspirante dall'elenco, l'immediata decadenza dall'incarico eventualmente ricevuto, nonché l'inibizione a presentare domanda di iscrizione nei successivi cinque anni, salva l'applicazione delle sanzioni penali previste dalla legislazione statale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 26

La Conferenza dei Sindaci

1. La Conferenza dei sindaci è composta da tutti i sindaci, o loro delegati, dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda sanitaria locale, quale espressione dei bisogni socio – sanitari delle rispettive comunità locali. La Conferenza dei sindaci è presieduta dal sindaco del Comune in cui ha sede l'ASL.
2. Ciascuna conferenza è convocata e presieduta dal sindaco, o un suo delegato, del comune che, tra quelli dell'ambito territoriale di competenza, ha un maggior numero di abitanti. Ciascun sindaco rappresenta un numero di voti pari al numero dei consiglieri comunali del proprio comune.
3. Sono adottati previa intesa con la Conferenza dei sindaci i seguenti atti aziendali:
 - a) piano strategico triennale;
 - b) bilancio pluriennale di previsione, bilancio di previsione economica annuale, bilancio consuntivo di esercizio;
 - c) piano attuativo locale.
4. L'intesa si perfeziona con l'espressione dell'assenso da parte della Conferenza dei sindaci.
5. Qualora l'intesa non sia raggiunta entro 45 giorni dalla trasmissione degli schemi di provvedimento alla Conferenza, il direttore generale dell'ASL informa la regione e provvede con deliberazione motivata.
6. La Conferenza dei sindaci esercita altresì funzioni di indirizzo, verifica e valutazione, ed in particolare:
 - a) verifica l'andamento generale dell'attività aziendale e contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al direttore generale dell'ASL di riferimento ed alla regione;
 - b) adotta linee di indirizzo per l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con gli interventi sociali, promuovendo forme di coordinamento e di intesa;
 - c) garantisce che gli accordi per l'esercizio delle attività socio-sanitarie abbiano copertura economica per la quota parte rispettivamente a carico dei Comuni e dell'ASL;
 - d) esprime parere sulla nomina del direttore generale dell'ASL e, sussistendone le condizioni, può avanzare proposte per la revoca dello stesso a norma dell'articolo 3-bis, comma 7, del decreto legislativo n.502/1992 e successive modificazioni;
 - e) esprime parere alla Giunta regionale sull'operato del direttore generale, anche ai fini della verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati e delle valutazioni sulla funzionalità dei servizi e sulla loro razionale distribuzione sul territorio;
 - f) contribuisce alla definizione dei piani attuativi programmatici dell'Azienda sanitaria locale, trasmettendo al direttore generale ed alla Giunta regionale valutazioni e proposte;
 - g) in caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, può chiedere alla regione di revocare il direttore generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto.
7. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dalla stessa sulla base di uno schema di regolamento predisposto dalla Giunta regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 27

Direttore amministrativo e direttore sanitario

1. I servizi amministrativi delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono diretti dal direttore amministrativo. I servizi sanitari sono diretti, ai fini organizzativi ed igienico sanitari, dal direttore sanitario.
2. Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda; assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza; concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.
3. Essi sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale, fra gli iscritti negli elenchi di cui all'articolo 28 della presente legge, e devono risultare in possesso dei requisiti stabiliti dal comma 7 dell'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/1992. In caso di perdita dei requisiti, cessano automaticamente della carica, indipendentemente da qualsiasi previsione contrattuale.
4. Il provvedimento di nomina deve essere adottato previo avviso da pubblicare sul bollettino Ufficiale della regione Campania, almeno trenta giorni prima, e deve essere motivato con particolare riferimento alle capacità professionali dei soggetti prescelti, in relazione alle funzioni da svolgere. Si prescinde dalla pubblicazione dell'avviso nel caso di conferma.
5. I provvedimenti di nomina sono pubblicati sul bollettino Ufficiale della regione Campania.
6. I provvedimenti di nomina, corredati del relativo "curriculum vitae", sono, altresì, pubblicati sul sito web della Giunta regionale, in apposita sezione dedicata all'elenco di cui al successivo articolo 28. Nella stessa sezione sono, altresì, pubblicati tutti i nominativi degli aspiranti alle cariche di direttore amministrativo e di direttore sanitario inseriti nell'elenco, nonché i relativi "curricula".
7. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario è esclusivo ed è regolato da contratto di diritto privato, di durata pari a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del codice civile.
8. Il direttore generale, con provvedimento motivato, può sospendere o dichiarare decaduti il direttore amministrativo ed il direttore sanitario qualora ricorrano gravi motivi, per violazione di leggi o del principio di buon andamento e imparzialità della pubblica amministrazione, in caso di reiterata inosservanza delle direttive impartite dal direttore generale.
9. La sussistenza o sopravvenienza delle cause di incompatibilità di cui all'articolo 3 del decreto legislativo n. 502/1992 è sempre causa di risoluzione del rapporto.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 28

Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo e a direttore sanitario di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere

1. Presso l'assessorato alla sanità della regione Campania sono istituiti l'elenco degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo e l'elenco degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende sanitarie locali e di aziende ospedaliere.
2. La domanda può essere inviata, dal 1° al 31 dicembre di ciascun anno, all'assessorato alla sanità esclusivamente a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno; sulla stessa deve essere apposta, in modo evidente, la dicitura: "Domanda di iscrizione negli elenchi degli aspiranti alla nomina di direttore amministrativo e di direttore sanitario". Gli aspiranti alla nomina di direttore amministrativo e di direttore sanitario allegano alla domanda il "curriculum vitae" e tutti i titoli scientifici e professionali ritenuti pertinenti, ivi comprese le pubblicazioni a stampa.
3. La domanda di iscrizione si considera accolta decorsi novanta giorni dalla sua ricezione, in assenza di diversa comunicazione.
4. Gli uffici regionali competenti verificano la regolarità formale della domanda di iscrizione e la sussistenza dei requisiti richiesti dalla legge per la nomina; dispongono, inoltre, gli opportuni controlli per la verifica della veridicità delle dichiarazioni relative ai titoli autocertificati dagli aspiranti. L'assenza dei requisiti non è sanabile. Le dichiarazioni non conformi alle risultanze dei controlli determinano la cancellazione dell'aspirante dall'elenco, l'immediata decadenza dall'incarico eventualmente ricevuto, nonché l'inibizione a presentare domanda di iscrizione nei successivi cinque anni, salva l'applicazione delle sanzioni penali previste dalla legislazione statale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 29

Funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario

1. Il direttore sanitario e il direttore amministrativo svolgono le seguenti funzioni:
 - a. esprimono, per quanto di competenza, parere obbligatorio al direttore generale sugli atti dello stesso, nonché, su ogni altra questione che venga loro sottoposta;
 - b. svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati dal direttore generale;
 - c. formulano, per le materie di competenza, proposte al direttore generale, ai fini dell'elaborazione di piani e programmi nonché di progetti di attività;
 - d. curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso uffici e servizi alle proprie dipendenze;
 - e. determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza, nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
 - f. verificano e controllano l'attività dei dirigenti riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
 - g. svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 30

Il direttore dei servizi sociali

1. Nelle aziende sanitarie locali che abbiano assunto la gestione di attività e/o di servizi socio - assistenziali su delega degli enti locali, il direttore generale nomina, con provvedimento motivato, il direttore dei servizi sociali, che coadiuva il direttore generale nella direzione e nel coordinamento di tali attività e/o servizi e in particolare:
 - a) fornisce pareri obbligatori, per quanto di competenza, sugli atti aziendali adottati dal direttore generale;
 - b) assicura lo svolgimento di funzioni tecniche e professionali finalizzate alla programmazione aziendale per quanto riguarda l'integrazione sociale e sanitaria;
 - c) presta assistenza nei rapporti con l'esecutivo della conferenza dei sindaci.
2. Possono essere nominati direttori dei servizi sociali i soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, che abbiano svolto una qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico in enti o strutture di assistenza sociale in enti o strutture pubbliche o private di media o grande dimensione, che possiedono uno dei seguenti requisiti:
 - a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
 - b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;
 - c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).
3. Al direttore dei servizi sociali si applicano tutte le altre norme previste per il rapporto di lavoro del direttore amministrativo e del direttore sanitario, per quanto compatibili.
4. Il trattamento economico dovrà comunque essere rapportato alla entità della popolazione effettivamente sentita. Il direttore cessa dall'incarico anche prima della scadenza del contratto, in caso di mancato rinnovo dell'intesa tra la Azienda sanitaria locale e l'ente locale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 31

Consiglio dei sanitari

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo dell'Azienda sanitaria locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal direttore sanitario e composto da:
 - a) 8 medici, 1 medico veterinario e 2 medici convenzionati con il servizio sanitario nazionale, dei quali 1 di medicina generale e pediatria di libera scelta ed 1 specialista ambulatoriale;
 - b) 2 operatori sanitari laureati non medici;
 - c) 2 unità del personale infermieristico;
 - d) 2 unità del personale tecnico sanitario.
2. Nelle aziende ospedaliere la composizione del Consiglio dei sanitari è identica a quella prevista al comma precedente ed è interamente rappresentata da personale ospedaliero; va garantita, in ogni caso, la presenza dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri che si aggiungono ai componenti elettivi del consiglio, senza diritto di voto.
3. I membri sono eletti, entro quarantacinque giorni dalla data di immissione nelle funzioni del direttore generale, a scrutinio segreto dei dipendenti appartenenti alle rispettive categorie con l'espressione di non più di una, due o tre preferenze se gli elegendi sono fino a 2, fino a 3 o fino a 4 e di 4 preferenze se gli elegendi sono più di 5.
4. I regolamenti interni fissano le altre modalità ed i termini per gli scrutini e per la proclamazione degli eletti.
5. Il Consiglio dei sanitari dura in carica tre anni; le elezioni del nuovo consiglio hanno luogo entro trenta giorni dalla cessazione del precedente e sono indette dal direttore generale nei sessanta giorni antecedenti la scadenza.
6. Il Consiglio dei sanitari fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria e può formulare osservazioni e proposte sui piani pluriennali, sui programmi annuali e sui programmi per specifiche attività di assistenza.
7. I pareri del Consiglio s'intendono acquisiti come favorevoli se non formulati entro dieci giorni dalla richiesta; in casi urgenti e motivati i pareri vanno formulati entro i più brevi termini indicati nella richiesta.
8. Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei componenti, e le decisioni sono adottate con la maggioranza dei votanti. In caso di parità di voti prevale il voto del presidente.
9. Alle sedute del Consiglio partecipano il responsabile del dipartimento di prevenzione ed il direttore dei servizi sociali, limitatamente alla trattazione degli argomenti iscritti all'ordine del giorno di rispettiva competenza.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 32

Collegio di direzione

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il Collegio di direzione, di cui il direttore generale si avvale per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e sviluppo, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il Collegio di direzione supporta il direttore generale per l'elaborazione del programma di attività dell'azienda, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, per l'utilizzazione delle risorse umane e l'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda.
2. Il Collegio di direzione è composto da:
 - a) il direttore sanitario, che lo presiede;
 - b) il direttore amministrativo;
 - c) i direttori dei dipartimenti;
 - d) i direttori dei distretti (nelle AA.SS.LL.);
 - e) i direttori dei presidi (nelle AA.OO.);
 - f) i vice presidenti del consiglio dei sanitari.
3. Le determinazioni del Collegio sono assunte a maggioranza dei suoi componenti presenti; a parità di voto prevale quello del Presidente.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 33

Direzione di struttura complessa delle aziende sanitarie

1. L'incarico di direzione di struttura complessa è conferito dal direttore generale previa pubblicazione di un avviso nella Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, sulla base della graduatoria dei candidati in possesso dei requisiti di cui all'articolo 15, comma 7, del Decreto legislativo n. 502/1992, redatta da una commissione di valutazione tecnica.
2. La graduatoria è formata sulla base di punteggi attribuiti in relazione ai criteri fissati dall'articolo 15, comma 7, del decreto legislativo n.502/1992 e dal decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484, con la seguente proporzione: fino a 25 punti per il colloquio, fino a 50 punti per titoli attinenti le attività professionali e direzionali-organizzative, fino a 25 punti per titoli di studio, attività scientifica e pubblicazioni, per un totale massimo di 100 punti
3. Gli incarichi hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per un periodo più breve, e sono regolamentati mediante contratto di diritto privato.
4. Il dirigente non confermato alla scadenza dell'incarico di direzione di struttura complessa è destinato ad altra funzione con il trattamento economico relativo alla funzione di destinazione previsto dal contratto collettivo nazionale di lavoro.
5. La commissione di valutazione tecnica, nominata dal direttore generale, è costituita dopo la scadenza dei termini per la presentazione delle domande, ed è composta dal direttore sanitario, che la presiede, e da due dirigenti dei ruoli del personale del servizio sanitario nazionale, preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto dell'incarico. Tali dirigenti sono scelti a mezzo sorteggio tra i nominativi inseriti in apposito elenco tenuto presso l'assessorato regionale alla sanità. Il sorteggio è effettuato presso la sede dell'azienda sanitaria locale interessata entro trenta giorni dalla scadenza del termine per la presentazione delle domande. Oltre i due componenti titolari, sono sorteggiati quattro membri supplenti che, secondo l'ordine del sorteggio, sostituiscono i membri titolari in caso di rinuncia. Al sorteggio provvede la direzione generale dell'azienda sanitaria locale interessata. Il sorteggio è pubblico. Della data, dell'ora e del luogo del sorteggio è data comunicazione a coloro i quali hanno presentato domanda a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento.
6. Il direttore Generale, all'atto della nomina della commissione di valutazione tecnica, provvede alla fissazione di un termine, non superiore a sessanta giorni, tranne che per disposizione della Giunta regionale o per oggettive cause di forza maggiore, entro il quale la commissione stessa, a pena di decadenza, deve concludere i propri lavori e stabilisce, altresì, il compenso spettante ai componenti non dipendenti dal servizio sanitario della regione Campania. Ai commissari spetta, inoltre, il rimborso delle spese, debitamente documentate, sostenute per vitto, alloggio e viaggio. Il pagamento dei compensi ai commissari ed il rimborso delle relative spese competono all'azienda sanitaria locale che si avvale dell'opera della commissione di valutazione tecnica.
7. L'elenco, di cui al comma 5, è suddiviso per sezioni corrispondenti ciascuna alle diverse discipline che possono formare oggetto di incarico; è soggetto a revisione annuale ed è pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana al fine di consentire, entro trenta giorni, l'integrazione, su domanda, dei dirigenti di struttura complessa erroneamente omissi. In esso sono inseriti i dirigenti delle strutture complesse presenti nel territorio nazionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 34

Funzioni del responsabile di struttura complessa

1. Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti da specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa.
2. I responsabili di struttura complessa esercitano, in particolare, i seguenti compiti :
 - a) curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive generali definite dal direttore generale e propongono allo stesso l'attribuzione ai dirigenti non responsabili di struttura degli incarichi e la responsabilità di specifici progetti ed attività;
 - b) definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire e attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
 - c) adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
 - d) coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive;
 - e) svolgono le attività di organizzazione e gestione del personale e di gestione dei rapporti sindacali e di lavoro;
 - f) curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive del direttore generale.
3. Il responsabile di struttura complessa adotta ogni provvedimento necessario al corretto espletamento del servizio e funzionale a garantire l'appropriatezza degli interventi, in relazione alla natura dell'attività demandata alla struttura cui è preposto.
4. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite. I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale da parte dell'organismo di valutazione della dirigenza. Tale verifica può condurre, limitatamente al primo anno di servizio, all'esercizio da parte del direttore generale della facoltà di recesso unilaterale dal contratto di diritto privato.
5. Per quanto non previsto dalla presente legge, agli incarichi di direzione di struttura complessa si applicano le norme statali vigenti.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 35

La programmazione regionale

1. La programmazione sanitaria della regione assicura, in coerenza con il Piano sanitario nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. Sono strumenti della programmazione sanitaria regionale:
 - a) il Piano sanitario regionale;
 - b) i Piani attuativi delle aziende sanitarie;
 - c) le intese e gli accordi stipulati dalle aziende sanitarie.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 36

Piano sanitario regionale

1. Il Piano sanitario regionale - PSR - ha durata triennale ed è approvato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale entro il 31 dicembre dell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione.
2. Il Piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale il Consiglio regionale, in adeguamento al Piano sanitario nazionale, nell'ambito della programmazione regionale di sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, individua gli obiettivi di salute, le strategie e le azioni prioritarie di intervento del servizio sanitario regionale da raggiungere nel triennio di riferimento. Il Piano sanitario regionale detta inoltre norme di indirizzo per l'organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie.
3. Il PSR, sulla base di una rilevazione sistematica dei dati relativi alle strutture sanitarie pubbliche e private presenti sul territorio regionale, nonché di una stima del fabbisogno di servizi sanitari necessari a soddisfare la domanda di salute emergente dalla popolazione residente, definisce per il triennio di riferimento:
 - a) i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, quali prestazioni da garantire in termini di equità a tutti gli assistiti sul territorio regionale;
 - b) le risorse finanziarie necessarie ad assicurare per ciascun anno del triennio i livelli di assistenza e i criteri di riparto delle stesse alle aziende sanitarie locali, avuto riguardo alle zone montane e insulari;
 - c) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle aziende sanitarie regionali, con particolare riferimento a quelle impiegate nella prevenzione;
 - d) i progetti obiettivi, da realizzare attraverso l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e di quelli di assistenza sociale di competenza degli enti locali, e le azioni programmate di rilievo regionale;
 - e) le direttive relative all'organizzazione delle aziende sanitarie;
 - f) la pianificazione ospedaliera, specificando il dimensionamento e le funzioni delle strutture ospedaliere;
 - g) gli indicatori di verifica della qualità delle prestazioni e dell'efficienza dei servizi delle aziende;
 - h) gli ambiti entro i quali le istituzioni sanitarie private operano in maniera integrata con le aziende regionali.
4. All'aggiornamento e/o alla modifica del Piano sanitario regionale provvede il Consiglio regionale, su conforme proposta della Giunta regionale.
5. La Giunta regionale, sulla base del disposto del comma 4, dell'articolo 1 del decreto legislativo n. 502/92, trasmette ogni anno, entro il 31 marzo, al Ministero della Sanità, la relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano sanitario regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 37

Piano attuativo locale

1. Il Piano sanitario regionale trova realizzazione attraverso i Piani attuativi delle aziende sanitarie.
2. La Giunta regionale sovrintende all'attuazione del Piano sanitario regionale e, a tal fine:
 - a) promuove e indirizza la formulazione da parte delle aziende sanitarie dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie sui risultati conseguiti annualmente, attraverso l'emanazione di linee guida a carattere tecnico-operativo e degli schemi tipo per la redazione dell'elaborato;
 - b) esercita il controllo sulla conformità dei piani attuativi e la congruenza delle attività programmate alle disposizioni del Piano sanitario regionale, dettando eventuali prescrizioni di adeguamento;
 - c) vigila sull'ordinato sviluppo dei programmi di attività previsti dai piani attuativi;
 - d) verifica, attraverso le relazioni sanitarie aziendali, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi.
3. Il Piano attuativo locale - PAL - è lo strumento di programmazione, riferito allo spazio temporale di tre anni, attraverso il quale ciascuna azienda sanitaria, nei limiti delle risorse disponibili e dei vincoli di pareggio del bilancio, determina le linee di sviluppo, gli obiettivi e le politiche di medio-lungo termine dell'intera struttura organizzativa aziendale, coordinando e integrando le attività delle strutture e dei dipartimenti presenti al suo interno.
4. Il PAL è articolato in programmi annuali e definisce in particolare:
 - a) gli obiettivi di salute da raggiungere nell'ambito territoriale di pertinenza;
 - b) le iniziative da intraprendere;
 - c) gli strumenti e i sistemi per il controllo quali-quantitativi dei risultati raggiunti.
5. Il direttore generale dell'Azienda predispone il PAL e il programma annuale delle attività e lo trasmette al comitato di rappresentanza della conferenza dei sindaci, che esprime le proprie osservazioni entro il termine di quindici giorni.
6. Nei successivi trenta giorni, gli atti sono comunque trasmessi alla Giunta regionale per l'approvazione.
7. Gli atti si intendono approvati dalla Giunta decorso il termine di quaranta giorni dal loro ricevimento.
8. La delibera di approvazione della Giunta è trasmessa all'Azienda per i conseguenti provvedimenti attuativi ed è pubblicata sul BURC.
9. Entro il 31 gennaio di ogni anno il direttore generale adotta le proposte di modifica del PAL e le trasmette alla Giunta per l'approvazione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 38

Relazione sanitaria regionale

1. La relazione sanitaria regionale, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali, esprime valutazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione e sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario regionale.
2. La Giunta regionale ogni anno, entro il 30 settembre, elabora, in collaborazione con l'Agenzia regionale di sanità, la relazione sanitaria regionale e la trasmette al Consiglio regionale, che fa osservazioni e proposte per l'anno successivo.
3. La Giunta regionale elabora ogni anno, in collaborazione con l'Agenzia regionale di sanità, un documento di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito a specifici settori e obiettivi di salute.
4. Il Consiglio regionale, in relazione ai risultati di salute della programmazione sanitaria regionale, emergenti dalla relazione sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta medesima anche al fine dell'adeguamento degli strumenti di programmazione sanitaria regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 39

Relazione sanitaria aziendale

1. Il direttore generale adotta, previo parere del Consiglio dei sanitari, e trasmette alla Giunta regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, la relazione sanitaria aziendale, contenete la sintesi dei dati e delle informazioni in ordine a:
 - a) condizioni di salute della popolazione;
 - b) attività dei distretti, dei presidi, dei dipartimenti e dei servizi;
 - c) situazione economico-finanziaria;
 - d) stato di attuazione del PAL.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 40

Patrimonio delle aziende

1. Nel rispetto della normativa regionale vigente, il patrimonio delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è costituito da tutti i beni mobili e immobili a esse appartenenti, ivi compresi quelli da trasferire o trasferiti loro dallo Stato o da altri enti pubblici, in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio della propria attività o a seguito di atti di liberalità.
2. I beni mobili e immobili che le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico utilizzano per il perseguimento dei loro fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'art. 828, secondo comma, del codice civile.
3. Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere hanno disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della regione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 41

Finanziamento del sistema sanitario regionale

1. L'insieme delle risorse disponibili per il finanziamento del sistema sanitario regionale è costituito dal fondo sanitario regionale. Il fondo si articola in:
 - a) Fondo sanitario regionale di parte corrente;
 - b) Fondo sanitario regionale in conto capitale.
2. Il fondo sanitario regionale di parte corrente è alimentato da:
 - a) la quota del fondo sanitario nazionale assegnata alla regione ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni;
 - b) i contributi di malattia attribuiti direttamente alla regione ai sensi dell'articolo 12 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modifiche ed integrazioni;
 - c) le entrate derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale;gli apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale diretti ad assicurare il finanziamento di livelli di assistenza stabiliti dalla regione con il piano sanitario regionale.
3. Il fondo sanitario regionale in conto capitale è alimentato da:
 - a) i trasferimenti alla regione per il finanziamento di spese in conto capitale;
 - b) gli eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale stabiliti con legge per spese di investimento in base al piano sanitario regionale;
 - c) capitali ricavati dall'alienazione o trasformazione del patrimonio non destinato alla erogazione dei servizi.
4. Costituiscono, altresì, fonti finanziarie per le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere le entrate dirette, formate da:
 - a) le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini;
 - b) i ricavi derivanti dall'esercizio delle attività libero professionali;
 - c) i ricavi derivanti dalla cessione di prestazioni e di servizi integrativi a pagamento, valorizzati sulla base dei tariffari vigenti;
 - d) i proventi derivanti da contratti e convenzioni;
 - e) le sopravvenienze connesse a lasciti e donazioni, nonché i profitti derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda.
5. Gli enti locali provvedono annualmente ad attribuire alle aziende unità sanitarie locali risorse finanziarie volte a coprire interamente i costi sostenuti per gli specifici programmi relativi a servizi sanitari territoriali e sociali ad alta integrazione sanitaria.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 42

Ripartizione del Fondo sanitario regionale

1. La Giunta regionale provvede annualmente, con proprio atto, all'assegnazione del fondo sanitario regionale di parte corrente impiegato per il finanziamento:
 - a) dei livelli uniformi di assistenza assicurati dalle Aziende sanitarie locali, ivi comprese le funzioni istituzionali assicurate dalle aziende ospedaliere;
 - b) degli interventi e delle attività sanitarie attuate mediante una gestione accentrata regionale, in nome e per conto delle aziende sanitarie locali ed ospedaliere.
2. La ripartizione della quota assegnata alle Aziende sanitarie locali è effettuata sulla base dei seguenti criteri:
 - a) la quota capitaria riferita alla popolazione residente nell'ambito territoriale di ciascuna azienda, calcolata al netto della stima delle entrate dirette e della mobilità sanitaria interregionale;
 - b) le prestazioni che ciascuna Azienda sanitaria locale ha assicurato nell'esercizio precedente ed è tenuta ad assicurare nel nuovo esercizio, al fine del conseguimento dei livelli uniformi di assistenza, anche in relazione ad eventuali e necessarie compensazioni delle mobilità interaziendali nell'ambito della regione.
3. L'erogazione dei finanziamenti alle Aziende ospedaliere è finalizzata all'assegnazione di una quota integrativa degli introiti derivanti all'azienda dalle entrate dirette relative a:
 - a) il pagamento delle prestazioni erogate sulla base di tariffe definite dalla regione, ai sensi dell'art 8-sexies del decreto legislativo n.502/1992, e successive modifiche ed integrazioni;
 - b) le quote di partecipazione alla spesa, eventualmente dovute da parte dei cittadini; gli introiti connessi all'esercizio dell'attività libero-professionale dei diversi operatori ed i corrispettivi relativi a servizi integrativi a pagamento;
 - c) i lasciti, le donazioni e le vendite derivanti dall'utilizzo del patrimonio dell'azienda ed eventuali altre risorse acquisite per contratti e convenzioni;
4. La quota integrativa di cui al comma 3 non può in ogni caso superare l'ottanta per cento dei costi complessivi delle prestazioni che l'Azienda ospedaliera è nelle condizioni di erogare.
5. La Giunta regionale può procedere in sede di ripartizione del finanziamento all'accantonamento di quote del fondo sanitario regionale da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema e da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.
6. La Giunta regionale emana le direttive per la determinazione e l'utilizzo delle tariffe, nonché per la regolazione dei rapporti inerenti l'acquisizione delle prestazioni previste dai livelli uniformi di assistenza, nonché altri enti, ordini e strutture riconosciuti per legge e presenti sul territorio regionale, definiti dalla Giunta regionale.
7. La Giunta provvede con proprio atto al riparto del Fondo sanitario regionale in conto capitale sulla base delle indicazioni contenute nel Piano sanitario regionale e nel Piano regionale ospedaliero.
8. Gli eventuali avanzi di amministrazione sono utilizzati dalle Aziende sanitarie locali e dalle Aziende ospedaliere per gli investimenti in conto capitale, per oneri di parte corrente, nonché per eventuali forme di incentivazione al personale da definire in sede di contrattazione sindacale, secondo modalità e limiti previsti dagli accordi regionali decentrati.
9. Le risorse derivanti da alienazioni patrimoniali delle aziende, autorizzate dalla Giunta regionale, sono destinate a spese di investimento per finalità coerenti con la programmazione sanitaria regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 43

Indebitamento delle aziende sanitarie

1. Le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, contrarre mutui o accedere ad altre forme di credito fino a un massimo di anni dieci, unicamente per il finanziamento di spese di investimento e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al quindici per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota del fondo sanitario regionale di parte corrente attribuita alle stesse aziende.
2. Le aziende sanitarie possono essere autorizzate in rapporto alle finalità di cui al comma 1 a rinegoziare il proprio indebitamento anche mediante allungamento della scadenza.
3. La Giunta regionale autorizza le operazioni di indebitamento con propria deliberazione, previa verifica della congruità tra la tipologia dell'investimento e la durata del finanziamento, nonché previa analisi e valutazione economica della capacità delle aziende sanitarie di fare fronte agli oneri finanziari conseguenti.
4. In casi eccezionali, debitamente motivati nella deliberazione di autorizzazione, le aziende sanitarie possono essere autorizzate a contrarre l'indebitamento oltre i limiti cui al comma 1; in tal caso la Giunta regionale assicura, a valere sul fondo sanitario regionale e per l'intera durata dell'operazione, le risorse necessarie alla copertura degli oneri di ammortamento del debito.
5. Le aziende sanitarie possono contrarre anticipazioni di cassa presso il proprio tesoriere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo delle entrate previste nel bilancio di competenza, al netto delle partite di giro.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 44

Sistema informativo e contabile delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere

1. Le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere adottano obbligatoriamente i seguenti documenti contabili:
 - a. bilancio pluriennale di previsione;
 - b. bilancio preventivo economico annuale;
 - c. bilancio di esercizio.
2. Il direttore generale di ciascuna azienda sanitaria, entro il trenta settembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, alla Giunta regionale. Nel caso delle Aziende sanitarie locali, i bilanci sono trasmessi anche alla Conferenza dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale. La Giunta approva i bilanci nel termine di trenta giorni dalla ricezione.
3. La Giunta regionale provvede ad emanare direttive per la regolamentazione della gestione contabile e della valorizzazione del patrimonio delle aziende, nonché per la definizione del piano dei conti e degli schemi obbligatori.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 45

Bilancio pluriennale di previsione

1. Il bilancio pluriennale è elaborato con riferimento al Piano attuativo locale e agli altri strumenti della programmazione adottati dalle aziende e ne rappresenta l'attuazione in termini economici, finanziari e patrimoniali nell'arco di tempo considerato.
2. Il bilancio pluriennale è adottato annualmente, assieme al bilancio preventivo economico annuale ed è aggiornato per scorrimento; espone i dati economici previsionali distinti per esercizio derivanti dall'attuazione del piano; è corredato di una nota illustrativa, che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione, e di una relazione del direttore generale, che evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del piano attuativo.
3. Al bilancio pluriennale è allegato il piano degli investimenti, che definisce le iniziative da intraprendere e ne quantifica le spese con l'indicazione delle relative modalità di finanziamento per ciascun esercizio.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 46

Bilancio preventivo economico annuale

1. Il bilancio preventivo economico annuale fornisce, per il primo esercizio del periodo considerato dal pluriennale, la dimostrazione analitica del risultato economico complessivo finale, in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, all'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria e ai progetti indicati dal Piano attuativo.
2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio-assistenziali.
3. Il bilancio annuale è corredato di una nota illustrativa, che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione, e di una relazione del direttore generale che evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del programma annuale.
4. Al bilancio annuale sono allegati il prospetto delle previsioni sui flussi di cassa e il piano annuale degli investimenti, che definisce le destinazioni e le modalità di finanziamento degli stessi, qualora presenti modifiche rispetto a quello allegato al bilancio pluriennale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 47

Bilancio di esercizio

1. Il bilancio d'esercizio, costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa, deve essere redatto con chiarezza e deve rappresentare in modo veritiero e corretto la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda, nonché il risultato economico dell'esercizio. Il conto economico è, altresì, articolato secondo i centri di responsabilità dell'azienda, con l'evidenziazione, in apposito allegato, dei conti della gestione socio – assistenziale. Per la redazione del bilancio d'esercizio si applicano gli articoli 2423 e seguenti del codice civile.
2. Il bilancio di esercizio è deliberato dal direttore generale entro il trenta aprile dell'anno successivo a quello cui si riferisce ed è trasmesso alla Giunta regionale che lo approva nel termine di quaranta giorni; nel caso delle Aziende sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla Conferenza dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.
3. Il bilancio di esercizio è corredato di una relazione del direttore generale, e di una nota illustrativa della gestione finanziaria.

La relazione evidenzia:

- a) gli scostamenti dei risultati di esercizio rispetto alle previsioni e le relative motivazioni;
- b) le cause dell'eventuale perdita di esercizio con indicazione delle modalità di ripiano;
- c) i risultati conseguiti in termini di prestazioni e di servizi;

La nota illustrativa della gestione finanziaria fornisce i dati concernenti:

- a) le modalità di utilizzazione delle risorse acquisite attraverso operazioni di indebitamento;
- b) i flussi di cassa, aggregati secondo le disposizioni sul consolidamento dei conti del settore pubblico allargato.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 48

Libri contabili

1. Le aziende sanitarie devono tenere i seguenti libri obbligatori:
 - a) libro giornale;
 - b) libro degli inventari;
 - c) libro delle deliberazioni del direttore generale;
 - d) libro delle adunanze e dei verbali del collegio sindacale.
2. Il libro giornale registra indistintamente, ed in ordine cronologico, tutti i fatti di gestione esterna, che abbiano rilievo sui risultati di esercizio.
3. Il libro degli inventari contiene l'indicazione e la valutazione di tutte le attività e passività relative all'azienda sanitaria, tenendo distinte quelle attinenti all'attività sanitaria da quelle concernenti i servizi socio-assistenziali.
4. Il libro dei provvedimenti del direttore generale è costituito dalla raccolta degli atti adottati dal direttore nell'esercizio delle sue funzioni di direzione ed organizzazione: di tali atti è data diffusione all'interno dell'azienda mediante idonee forme di pubblicità.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 49

Sistema budgetario e controllo di gestione

1. Le aziende sanitarie adottano il sistema budgetario come metodologia per la formazione del loro piano attuativo e come strumento per indirizzare ed orientare le scelte operative di realizzazione del piano, allo scopo di pervenire, su base temporale certa e con riferimento alle scelte programmatiche, alla formulazione di articolate e puntuali previsioni relativamente ai risultati da conseguire, alle attività da realizzare, alle risorse da acquisire ed utilizzare e agli investimenti da effettuare.
2. Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi.
3. Le aziende sanitarie adottano sistemi organici di controllo di gestione, allo scopo di assicurare la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse.
4. Con il controllo di gestione è costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed è fatta applicazione di indicatori di efficacia, efficienza ed economicità previamente definiti in coerenza con il piano attuativo e con gli indirizzi di direzione aziendale; gli scostamenti e le disfunzioni eventualmente riscontrate sono segnalate ai responsabili delle strutture aziendali ed alla direzione aziendale.
5. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.
6. Nelle rilevazioni dei fatti gestionali, le aziende sanitarie applicano un sistema di contabilità analitica, al fine di verificare costantemente il livello di attuazione dei budget ed allo scopo di elaborare le informazioni economiche richieste dalla regione.
7. Con la contabilità analitica le rilevazioni si estendono ai fatti interni di gestione, in modo da determinare, congiuntamente o alternativamente, costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, ad aree di attività, a servizi, alla gestione di determinati beni, a categorie di prestazioni o prodotti.
8. La Giunta regionale emana direttive e criteri per lo sviluppo del sistema informativo, per l'applicazione della contabilità analitica e della metodica del budget, quali strumenti del controllo di gestione.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 50

Attività contrattuale

1. Il Consiglio regionale delibera il capitolato generale per la fornitura di beni e servizi destinati alle aziende sanitarie, definendo le condizioni e le clausole da inserire nei relativi contratti, tenuto conto delle diverse tipologie di rapporti contrattuali.
2. Qualora la procedura adottata per la scelta del contraente richieda la predisposizione di un capitolato speciale che definisca contenuto, termini e condizioni del contratto specifico da concludere, detto capitolato si conforma alle disposizioni del capitolato generale ed agli eventuali schemi di capitolato speciale approvati dalla Giunta regionale.
3. Titolare in via esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura dei beni sanitari, delle attrezzature sanitarie e dei beni e servizi non sanitari delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è la Società Regionale Sanità., - di seguito denominata SoReSa - di cui all'articolo 2 della legge regionale 29 dicembre 2005, n. 24.
4. La SoReSa. elabora annualmente un programma di contenimento della spesa sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate, a livello regionale, per l'acquisto e la fornitura di beni, servizi e attrezzature.
5. La SoReSa, previa deliberazione della Giunta regionale di approvazione dei suddetti piani e procedure, pone in essere, in coordinamento con le aziende sanitarie, le procedure di acquisto previste.
6. Le aziende sanitarie sono tenute ad aderire ai contratti stipulati dalla SoReSa., anche mediante conferimento di mandato irrevocabile, pena la decadenza dei direttori generali che contravvengono a tale obbligo.
7. Sono istituiti i Comitati di referenti delle aziende sanitarie per l'omogeneizzazione delle gare di acquisto.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 51

Edilizia sanitaria

1. Ai fini della realizzazione, riqualificazione e ristrutturazione delle strutture sanitarie, è affidata all'Agenzia Regionale della Sanità (ARSAN) la gestione dei programmi di manutenzione straordinaria e dei programmi di investimento per la progettazione e la realizzazione delle opere inerenti la nuova edilizia sanitaria.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 52

Gestione del rischio clinico

1. La regione Campania promuove la predisposizione di strumenti idonei a migliorare l'efficienza e l'economicità nel controllo e nella gestione del rischio clinico per la sicurezza dei pazienti delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere.
2. A tal fine è istituito un fondo speciale destinato al finanziamento degli esborsi che le AASSLL e le AAOO devono sostenere per la gestione di tutti i rischi inerenti l'attività aziendale, incluso il rischio di infezioni nosocomiali e di monitoraggio degli errori e degli eventi avversi connessi a procedure diagnostiche e terapeutiche e quelli legati alla responsabilità civile del personale medico e non medico, ivi compresa la dirigenza.
3. Al finanziamento del fondo è destinata la somma di euro 115.000.000 per il biennio 2007-2008, equamente ripartita per ogni annualità, da impiegare per l'acquisto di tutti gli strumenti idonei alla prevenzione, protezione e trasferimento dei rischi ivi compresi eventuali contratti assicurativi garantiti da imprese di assicurazione scelte mediante procedura ad evidenza pubblica, tenuto conto della scadenza naturale dei contratti esistenti.
4. La quota della spesa sanitaria di competenza di ogni singola ASL da destinare al finanziamento del fondo è rappresentata per l'anno 2007 dalla spesa sostenuta dall'azienda nell'esercizio 2006 per la gestione di tutti i rischi inerenti l'attività aziendale.
5. Le somme di cui al comma 3 sono trasferite per ogni anno solare, con provvedimenti amministrativi che prevedono impegni pluriennali, alla SoReSa e sono utilizzate nell'ambito dei procedimenti posti in essere dalla medesima società volti al ripiano della situazione debitoria del sistema sanitario regionale.
6. Per i fini di cui al comma 5 la SoReSa presenta alla Giunta regionale, ogni anno, entro il 30 giugno, un piano per la gestione del fondo, indicando i criteri e le modalità di gestione del rischio a carico del fondo.
7. Le AASSLL e le AAOO delegano la SoReSa, previa delibera di esplicito consenso della Giunta regionale, ad effettuare in loro nome e per loro conto i pagamenti delle situazioni debitorie accertate inerenti tutte le attività relative alla gestione dei rischi.
8. La SoReSa assume a proprio carico l'attività che deriva dalla gestione del fondo, a tal fine la regione Campania è tenuta a prestare a favore della SoReSa apposita garanzia idonea a tenere indenne la società da ogni pretesa che possa derivare dal compimento delle operazioni volte alla razionalizzazione della gestione dei rischi dell'attività delle AASSLL e delle AAOO.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 53

Le sperimentazioni gestionali

1. Il Consiglio regionale autorizza programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del servizio sanitario regionale e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.
2. Il programma di sperimentazione è adottato motivando le ragioni di convenienza economica del progetto gestionale, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del piano sanitario regionale.
3. Alle sperimentazioni gestionali si applicano le disposizioni dell'articolo 9-bis del decreto legislativo n. 502/92.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 54

Controllo di qualità

1. Allo scopo di garantire la qualità dell'assistenza nei confronti della generalità dei cittadini, le Aziende sanitarie adottano, in via ordinaria, il metodo della verifica e della revisione della qualità e quantità delle prestazioni delle aziende, nonché del loro costo.
2. A tal fine, il direttore generale, tenuto conto degli indicatori di efficienza e di qualità stabiliti, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo n. 502/92, con decreto dal Ministro della sanità, definisce un sistema di indicatori così costituito:
 - a) indicatori di governo, sulla base di disposizioni statali e regionali;
 - b) indicatori del grado di soddisfazione dell'utenza, sulla base dei dati forniti dagli uffici per le relazioni con il pubblico, nonché sulla base della consultazione delle organizzazioni sindacali, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti;
 - c) indicatori relativi alla qualità degli interventi e delle procedure diagnostico-terapeutiche ed assistenziali adottate nelle strutture di erogazione dell'assistenza;
 - d) indicatori sui risultati delle attività preventive, curative e riabilitative.
3. Il direttore generale dell'azienda programma studi di verifica e revisione della qualità, costituendo apposite commissioni professionali, secondo le norme vigenti in materia, avvalendosi anche dell'apporto del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del consiglio dei sanitari e del direttore dei servizi sociali ove presente; può programmare altresì, sentiti i predetti organismi, attività di formazione e aggiornamento del personale.
4. La Giunta regionale, avvalendosi dei propri servizi ispettivi, verifica il rispetto delle disposizioni in materia di requisiti minimi e classificazione delle strutture erogatrici, con particolare riguardo all'introduzione e all'utilizzazione dei sistemi di sorveglianza e di strumenti e metodologie per la verifica di qualità dei servizi e delle prestazioni.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 55

Controllo sugli atti

1. Sono soggetti al controllo preventivo della Giunta regionale i seguenti atti:
 - a) lo statuto ed i regolamenti;
 - b) i piani attuativi del piano sanitario regionale;
 - c) gli atti di bilancio;
 - d) la determinazione della consistenza qualitativa e quantitativa complessiva del personale;
 - e) la destinazione dell'eventuale avanzo di esercizio, nonché le modalità di copertura degli eventuali disavanzi;
 - f) le convenzioni con le Università;
 - g) la deliberazione di programmi di spese pluriennali e i provvedimenti che disciplinano l'attuazione dei contratti e delle convenzioni.
2. La Regione è tenuta a pronunciarsi, anche in forma di silenzio-assenso, entro quaranta giorni dal ricevimento dell'atto. Tale termine può essere interrotto una sola volta a seguito di chiarimenti o elementi integrativi richiesti. I provvedimenti approvati diventano definitivi.
3. Gli atti e i provvedimenti assunti dal Direttore Generale debbono essere pubblicati nell'albo dell'Azienda. Sono immediatamente esecutivi quelli non soggetti a controllo. L'esecutività degli altri è subordinata al positivo controllo della Giunta regionale.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 56

Costituzione delle aziende

1. Il Presidente della Giunta regionale, entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, con separati decreti, costituisce le aziende sanitarie e provvede alla nomina dei rispettivi direttori generali.
2. Con i medesimi decreti o successivi, su conforme deliberazione della Giunta regionale, il Presidente della Giunta provvede all'assegnazione alle aziende ospedaliere dei Presidi afferenti alle preesistenti aziende sanitarie locali.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 57

Rapporto di impiego

1. Il personale in servizio presso le preesistenti strutture sanitarie (AASSLL, distretti, presidi, aziende ospedaliere) alla data di costituzione delle nuove strutture, così come previste dalla presente legge, transita alle medesime senza soluzione di continuità nel rapporto di impiego e conserva la posizione e lo status giuridico acquisiti fino all'adozione dei provvedimenti di inquadramento nelle relative piante organiche.
2. Lo stesso personale mantiene altresì il trattamento economico in godimento fino alla data di entrata in vigore del nuovo contratto collettivo di lavoro per l'area di pertinenza.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 58

Procedure concorsuali

1. Tutte le procedure concorsuali e paraconcorsuali poste in essere dalle aziende del servizio sanitario regionale devono essere concluse, tranne che per diverse disposizioni di legge o per oggettive cause di forza maggiore o per esplicita disposizione della Giunta regionale, entro tre mesi dalla data di costituzione della Commissione. La costituzione deve essere formalizzata dai competenti uffici della struttura aziendale entro quindici giorni dal completamento delle designazioni dei componenti.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 59

Piante organiche

1. I direttori generali definiscono l'assetto organizzativo delle aziende e le relative piante organiche, nel rispetto della normativa nazionale vigente, degli standard indicati nella presente legge, nel piano regionale ospedaliero e nel piano sanitario regionale.
2. È demandato alla Giunta regionale, previo accordo con le confederazioni e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative del comparto del personale del servizio sanitario, definire i criteri, ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo n.165 del 2001 e successive modifiche ed integrazioni, per l'attuazione della mobilità del personale eventualmente risultato in esubero, a seguito della definizione delle piante organiche.
3. Fino all'approvazione delle piante organiche definitive, la consistenza delle piante organiche delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie locali è provvisoriamente determinata sulla base della confluenza delle piante organiche fissate dalle preesistenti aziende e degli indirizzi regionali.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 60

Diritti dei cittadini

1. I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati con cui siano stati definiti appositi accordi contrattuali. L'accesso ai servizi è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.
2. La Regione promuove il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni del servizio sanitario regionale alle esigenze dei cittadini utenti.
3. A tal fine, la regione si avvale di un sistema di indicatori, di cui all'articolo 14 del decreto legislativo n.502/92, per la verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, comprese quelle preventive, in relazione alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, al diritto all'informazione, alle prestazioni alberghiere, e dell'andamento delle attività di prevenzione delle malattie.
4. La Regione prevede forme di consultazione e di partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni anche sindacali e degli organismi di volontariato, nella tutela del diritto alla salute, nelle attività relative alla programmazione, al controllo e alla valutazione dei servizi sanitari a livello regionale, aziendale e distrettuale.
5. Al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel servizio sanitario, le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso ai servizi.
6. Il direttore generale dell'azienda sanitaria convoca, almeno una volta l'anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l'andamento dei servizi anche in relazione all'attuazione degli indicatori di qualità di cui al terzo comma, e per individuare ulteriori interventi tesi al miglioramento delle prestazioni. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata dalla regione.
7. Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità della assistenza. A tal fine sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende esprimere osservazioni od opporsi. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale.
8. Le aziende sanitarie approvano e aggiornano annualmente la Carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti. La Carta dei servizi è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie orientano ed adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. Essa definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.
9. Per le finalità di cui al settimo comma dell'articolo 14 del decreto legislativo n.502/92, le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere si attengono a quanto previsto dalla legge regionale 8 febbraio 1993, n. 9.
10. Le aziende sanitarie individuano la collocazione, i compiti e le funzioni dell'Ufficio relazioni con il pubblico.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 61

Norma finanziaria

1. Nell'ambito dell'autonomia gestionale loro attribuita, i direttori generali, attraverso gli strumenti di programmazione e l'adozione dell'atto aziendale, attuano la presente legge tenendo conto delle risorse finanziarie annualmente assegnate con il riparto del Fondo sanitario regionale e assicurando il vincolo del bilancio.



Consiglio Regionale della Campania

Articolo 62

Norma finale

1. E' abrogata la legge regionale n. 32/1994
2. Sono abrogate le norme regionali in contrasto con la presente legge.
3. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi del 2° comma dell'articolo 127 della Costituzione ed entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sul bollettino Ufficiale della regione Campania.



Consiglio Regionale della Campania

ALLEGATO A

AZIENDE SANITARIE LOCALI

Aziende Sanitarie Locali	Comuni Afferenti	Abitanti
Avellino	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali delle A.S.L. AV 1 e AV 2	441.499
Benevento	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali della A.S.L. BN	295.087
Caserta	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali delle A.S.L. CE 1 e CE 2	852.221
Napoli 1	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali della A.S.L. NA 1	998.418
Napoli 2	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali delle A.S.L. NA 3 e NA 4	875.358
Napoli 3	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali delle A.S.L. NA 2 e NA 5	1.177.109
Salerno 1	Tutti i comuni degli Ambiti territoriali delle A.S.L. SA 1 e SA 2	780.515
Salerno 2	Tutti i comuni degli ambiti territoriali dell'A.S.L. SA 3	274.118



ALLEGATO B

Consiglio Regionale della Campania

AZIENDE OSPEDALIERE DI RILIEVO NAZIONALE:

1. Ospedale Cardarelli di Napoli:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 8 Aprile 1993);
 - Centro di Emergenza Regionale (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
2. Ospedale Santobono di Napoli:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - Centro di Emergenza Regionale (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
3. Complesso Ospedaliero Monaldi di Napoli:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - Centro di Emergenza Regionale (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
4. Complesso Ospedaliero Cotugno di Napoli:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - Centro di Emergenza Regionale (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
5. Ospedale S. Giovanni di Dio di Salerno:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - D.E.A. di II° LIVELLO (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
6. Ospedale S. Giuseppe Moscati di Avellino:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - D.E.A. di II° LIVELLO (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
7. Ospedale G. Rummo di Benevento:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - D.E.A. di II° LIVELLO (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).
8. Ospedale Multizonale di Caserta:
 - Ospedale di rilievo nazionale (D.P.C.M. 23 Aprile 1993);
 - D.E.A. di II° LIVELLO (L.R. 11 gennaio 1994, n. 2).

AZIENDE OSPEDALIERO - UNIVERSITARIE

1. Azienda ospedaliera universitaria dell'Università Federico II – Napoli
2. Azienda ospedaliera universitaria della II Università – Napoli

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

1. Istituto nazionale dei tumori Fondazione Pascale – Napoli
2. Istituto di ricerca a carattere scientifico Fondazione Maugeri - Benevento



Consiglio Regionale della Campania

ALLEGATO C

PRESIDI OSPEDALIERI²

Aziende Ospedaliere	Presidi ospedalieri	Numero Dipendenti
Ospedale S. Giuseppe Moscati di Avellino		1.597
	P.O. Ariano Irpino	430
	P.O. G. Criscuoli- Sant'angelo dei Lombardi	220
	P.O. G. Guglielmo- Bisaccia	138
	P.O. A. Landolfi-Solofra	318
Totale		2.703
Ospedale G. Rummo di Benevento		1.330
	P.O. S. Maria delle Grazie-Cerre	263
	P.O. San Giovanni di Dio-S.Agata	104
Totale		1.697
Ospedale Multizonale di Caserta		1.505
	P.O. Ave Gratia Plena-P.Matese	535
	P.O. Ave Gratia Plena-S.F. A Can.	275
	P.O. Maddaloni	407
	P.O. Marcianise	324
	P.O. F. Palasciano-Capua	290
	P.O. Moscati- Aversa	620
	P.O. San Giuseppe E Melorio-S.M.	360
	P.O. San Rocco-Sessa Aurunca	277
Totale		4.593
Ospedale S.G. di Dio		2.123

² Questa ipotesi di riorganizzazione dei PP.OO. terrà conto delle disposizioni del Piano Regionale Ospedaliero per il triennio 2007-2009, approvato dal C.R. della Campania con L.R. n. 24 del 19/12/06, che prevede la realizzazione di nuovi ospedali, sia per la provincia di Napoli, come quello di Pomigliano d'Arco e di Afragola, che per la provincia di Caserta, quello di Capua e di Teano.



Ospedale S.G. di Dio		2.123
<i>Consiglio Regionale della Campania</i>		
	A.Tortora	245
	S.M. Icoronata Dell'Olmaca	444
	Scafati	502
	Umberto I	848
	Villa Malta	334
	Curtieri	482
	G. Da Procida	245
Totale		5.223
<i>Nuovo Ospedale (Cilento, Piana del Sele e Vallo di Diano)</i>		
	Dell'Immacolata	353
	Rocca D'Aspide	130
	Polla	559
	San Luca	677
	Maria SS. Addolorata	540
	San Francesco D'Assisi	327
	Santa Maria Della Speranza	574
	Ospedale civile di Agropoli	
Totale		3.160
Monaldi		1.801
	Loreto Crispi	158
	San Paolo	673
	Giugliano	331
	Rizzoli Lacco Ameno	278
	Albano Francese	20
	S. Maria delle Grazie	524
Totale		3.785
Cardarelli		3.520
	C.T.O.	680
Totale		4.200
Santobono		1.448
	S. Gennaro	693



	Incurabili	382
	S.G. Bosco	814
	Pellegrini	736
	P.O. Frattamaggiore	454
	Apicella	309
	S. Maria della Pietà	470
Totale		5.306
Giovanni Paolo II (attuale Cotugno) ³		663
	S.M. di Loreto Mare	655
	Annunziata	395
	Ascalesi	525
	De Luca e Rossano	272
	Capilupi	88
	S.M. della Misericordia	212
	San Leonardo	744
	Torre Annunziata	197
	Maresca	438
	P.O. Boscotrecase	
Totale		4.189

³ I PP.OO. S.M. di Loreto Mare, Annunziata, ed Ascalesi saranno accorpati nel futuro "Ospedale del Mare", così come previsto da delibera di G.R. n. 51 del 21/01/2005, avente ad oggetto la "Realizzazione Ospedale nella zona orientale di Napoli, denominato "Ospedale del mare".

**ALLEGATO D****Consiglio Regionale della Campania
DISTRETTI SANITARI**

Aziende Sanitarie Locali	N. Distretti sanitari	Comuni Afferenti
AV	1	Ariano Irpino; Montecalvo Irpino; Casalbore; Montaguto; Greci; Savignano Irpino; Zungoli; Villanova del Battista; Mirabella Eclano; Gesualdo; Fontanarosa; Luogosano; Sant'Angelo all'Esca; Taurasi; Paternopoli; Bonito; Grottaminarda; Frigento; Flumeri; Melito Irpino; Sturno; Vallata; San Sossio Baronia; Trevico; Scampitella; Vallesaccarda; San Nicola Baronia; Carife; Castel Baronia.
	2	Montella; Nusco; Bagnoli Irpino; Castelfranci; Cassano Irpino, Sant'Angelo dei Lombardi; Lioni; Torella dei Lombardi; Teora; Guardia dei Lombardi; Caposele; Morra De Santis; Rocca San Felice; Calabritto; Senerchia; Villamaina; Calitri; Lacedonia; Aquilonia; Andretta; Cairano; Bisaccia; Sant'Andrea di Conza; Monteverde; Conza della Campania.
	3	Avellino; Forino; Prata di Principato; Pratola Serra; Contrada; Montefredane; Capriglia Irpina;
	4	Atripalda; San Potito Ultra; Manocalzati; Aiello del Sabato; Candida; Parolise; San Michele di Serino; Cesinali; Volturara Irpina; Sorbo Serpico; Salza Irpina; Chiusano San Domenico; Castelvete sul Calore; Lapio; Montemarano; S. Mango sul Calore; Solofra; Montoro Inferiore; Serino; Santa Lucia di Serino; Montoro Superiore; Santo Stefano del Sole.
	5	Cervinara; Rotondi; Roccabascera; S. Martino Valle Caudina; Baiano; Quadrelle; Avella; Mugnano del Cardinale; Sirignano; Sperone; Lauro; Taruano; Quindici; Marzano di Nola; Moschiano; Domicella. Pago del Vallo di Lauro.



BN	6	San Donato Martirio in Galdo; S. Giorgio La Molar; Ginestra degli Schiavoni; Castelfranco in Miscano; Montefalcone di Val Fortore; Castelvetere la Val Fortore; Foiano di Val Fortore; San Marco del Cavoti; Baselice; Molinara; Buonalbergo; San Giorgio del Sannio; San Nazzaro; Paduli; Sant'Angelo a Cupolo; Calvi; Sant'Arcangelo Trimonte; San Nicola Manfredi; Apice; San Martino Sannita; Pietrelcina; Pesco Sannita; Pago Veinano; Buonalbergo.
	7	Benevento; Ceppaloni; San Leucio del Sannio; Apollosa; Arpaiese; Castelpoto; Cautano; Vitulano; Foglianise; Torrecuso; Ponte; Montesarchio; Forchia; Arpaia; Paolisi; Bonea; Airola; Bucciano; Moiano, Pannarano; Sant'agata dei Goti; Durazzano; Frasso Telesino; Campoli del Monte Taburno; Tocco Caudio
	8	Telese Terme; Amorosi; Pietrarola; San Lorenzello; Faicchio; San Salvatore Telesino; Cerreto Sannita; Cusano Mutri; Guardia Sanframondi; Paupisi; Puglianello; Castelvenere; San Lorenzo Maggiore; Solpaca; Dugenta; Limatola; Melizzano; Morcone; Campolattaro; Casalduni; Reino; Fragneto l'Abate; Fragneto Monforte; San Lupo; Santa Croce del Sannio; Castelpagano; Colle Sannita; Circello; Sassinoro; Pontelandolfo.
CE	9	Caserta; Castel Morrone; Casagiove; San Nicola la Strada.
	10	San Felice a Cancelli; Arienzo; Santa Maria a Vico; Maddaloni; Cervino; Valle di Maddaloni.
	11	Teano; Vairano; Patenora; Caianello; Pietravairano; Francolise; Raccamonfina; Presenzano; San Pietro Infine; Mignano Monte Lungo; Rocca d'Evandro; Conca della Campania; Tora e Piccilli; Galluccio; Marzano Appio.
	12	Piedimonte Matese; Valle Agricola; Capriati al Volturno; Fontegreca; San Gregorio Matese; Gallo Matese; Ciorlano; Prata Sannita; Letino; Sant'Angelo d'Alife; Allano; Gioia Sannitica; San Potito Sannitico; Raviscanina; Pratella; Castello del Matese; Alife; Roccaromana; Dragoni; Baia e Latina; Pietramelara; Riardo; Liberi; Alvignano; Caiazzo; Piana di Monte Verna; Castel di Sasso; Castel Campagnano; Dragoni; Pontelatone; Formicola; Ruviano.
	13	Lusciano; Frignano; Trentola Ducenta; San Marcellino; Villa di Briano; Parete; Casal di Principe; Casapesenna; Villa Literno; San Cipriano d'Aversa.



Consiglio Regionale della Campania

	14	Aversa; Sant'Arpino; Gricignano di Aversa; Casaluce; Roccaraso; Teano; Carinaro; Orta di Atella.
	15	Camigliano; Pastorano; Giano Vetusto; Pignataro Maggiore; Rocchetta e Croce; Sparanise; Calvi Risorta; Santa Maria Capua Vetere; S. Tammaro; Casapulla; Curti; San Prisco; Capua; Vitulazio; Bellona.
	16	Castel Volturno; Cancellò Arnone; Grazzanise; Santa Maria la Fossa; Mondragone; Carinola; Falciano del Massico; Sessa Aurunca; Cellole.
NA 1	17	Chiaia; Posillipo; San Ferdinando
	18	Bagnoli; Fuorigrotta.
	19	Pianura; Soccavo.
	20	Vomero; Arenella.
	21	Chiaiano; Piscinola; Scampia.
	22	San Carlo Arena; Stella.
	23	Miano; Secondigliano; S. Pietro a patierno.
	24	Avvocata; Montecalvario; Pendino; Mercato; S. Giuseppe Porto.
	25	Barra; S. Giovanni; Ponticelli.
	26	S. Lorenzo; Vicaria; Poggioreale.
NA 2	27	Acerra; Casalnuovo.
	28	Pomigliano d'Arco; Castello di Cisterna; Marigliano; Mariglianella; Brusciano; San Vitaliano.
	29	Nola; Saviano; San Paolo Bel Sito; Sciciano; Carbonara di Nola; Visciano; Casamarciano; Cicciano; Roccarainola; Tufino; Comiziano; Cimitile; Camposano.
	30	Volla; Cercola; Pollena Trocchia; Massa di Somma; Somma Vesuviana; Sant'Anastasia.
	31	San Giuseppe Vesuviano; Ottaviano; San Gennaro Vesuviano; Palma Campania; Terzigno; Poggiomarino; Striano.
	32	Sant'Antimo; Grumo Nevano; Casandrino; Frattamaggiore; Frattaminore.
	33	Casoria; Casavatore.
	34	Afragola; Arzano.
	35	Calvano; Cardito; Crispano.
NA 3	36	Pozzuoli; Bacoli; Monte di Procida.
	37	Procida.



Consiglio Regionale della Campania

	38	Ischia; Lacco Ameno; Forio; Barano d'Ischia; Serrara Fontana; Casamice; Isola Terme.
	39	Giugliano in Campania.
	40	Quarto; Marano di Napoli; Mugnano di Napoli.
	41	Villaricca; Qualiano; Calvizzano; Melito di Napoli.
	42	Capri; Anacapri.
	43	Gragnano; Casola di Napoli; Agerola; Lettere; Pimonte; Castellammare di Stabia.
	44	Portici; Ercolano.
	45	S. Giorgio; San Sebastiano al Vesuvio.
	46	Torre Annunziata; Boscotrecase; Trecase; Boscoreale.
	47	Torre del Greco.
SA 1	48	Pompei; Sant'Antonio Abate; Santa Maria la Carità.
	49	Sorrento; Massa Lubrense; Sant'Agnello; Vico Equense; Meta; Piano di Sorrento.
	50	Scafati; Angri; Sant'Egidio del Monte Albino; Corbara; Sarno; San Valentino Torio; San Marzano sul Sarno; Pagani; Nocera Inferiore; Nocera superiore; Castel San Giorgio; Roccapiemonte.
	51	Cava dei Tirreni; Vietri sul mare; Maiori, Scala, Tramonti, Positano, Atrani, Furore, Ravello, Minori, Cetara, Praiano, Amalfi e Conca dei Marini.
	52	Salerno; Pellezzano.
	53	Mercato San Severino; Calvanico; Baronissi; Fisciano; Siano; Bracigliano.
	54	Pontecagnano Faiano; Montecorvino Pugliano; Acerno; Castiglione dei Genovesi; Giffoni sei Casali; Montecorvino Ravello; San Cipriano Picentino; San Mango Piemonte; Giffone Valle Piana.
	55	Battipaglia; Olevano Sul Tusciano; Bellizzi.
	56	Eboli; Serre; Altavilla Silentina; Sicignano degli Alburni; Postiglione; Campagna.
	57	Buccino; Ricigliano; San Gregorio Magno; Palomonte; Romagnano al Monte; Valva; Santomenna; Oliveto Citra; Laviano; Contursi Terme; Colliano; Castelnuovo di Conza.
SA 2	58	Agropoli; Castellabate; Rutino; Lustra; Prignano Cilento; Laureana Cilento; Torchiara; Ciceralo; Montecorice; Oglistro Cilento; Perdifumo; Pollica; San Mauro Cilento; Serramezzana.



Consiglio Regionale della Campania

59	Vallo d'Abruzzo; Vallo Lucania; Moio della Civitella; Novi Velia; Cannalunga; Geraso; Orria; Salento; Gioi; Perito; Casal Velino; Castelnuovo Cilento; Ascea; Campora; Cuccaro Vetere; Futani; Omignano; Sessa Cilento; Stella Cilento; Stio.
60	Capaccio; Albanella; Giungano; Monteforte Cilento; Trentinara; Roccadaspide; Fellitto; Castel San Lorenzo; Campora; Valle dell'Angelo; Piaggine; Laurino; Sacco; Aquara; Bellosguardo; Castelvita; Controne; Corleto Monforte; Ottati; Roscigno; S. Angelo A Fasanel..
61	Sapri; Tortorella; Torre Orsaia; Casaletto Spartano; Caselle la Pittari; Ispani; Morigerati; Torraca; Vibonati; Santa Marina; San Giovanni a Piro; Alfano; Rofrano; Roccagloriosa; Camerota; Celle di Bulgheria; Centola; Pisciotta.
62	Polla; Atena Lucana; Pertosa; S.Pietro al Tanagro; S.Rufo; Sant'Arsenio; Teggiano; Auletta; Caggiano; Salvitelle; Petina; Sala Consilina; Buonabitacolo; Casalbuono; Monte S. Giacomo; Montesano Sulla Marcellana; Padula; Sanza; Sassano.