



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del  
Piano di rientro del settore sanitario  
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

### DECRETO n. 69 del 30.09.2011

**Oggetto: Adempimenti di cui al comma 231 bis, dell'articolo 1 della legge regionale 15 marzo 2011 n. 4, (finanziaria regionale 2011), così come introdotto dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 4 agosto 2011 n. 14 (disposizioni urgenti in materia di finanza regionale)**

#### Premesso:

- a. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro – tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto – legge 1 ottobre 2007, n° 159 convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- b. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato il sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009;
- c. che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro – tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'art. 4 del decreto legge 1° ottobre 2007, n° 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2009, n. 222;
- d. che in data 13.07.2011 sono stati modificati i Programmi Operativi di cui al decreto n. 45 del 20.06.2011;
- e. che con la legge regionale 15 marzo 2011 n. 4, pubblicata sul BURC n. 18 del 16/3/2011 il Consiglio Regionale della Campania ha approvato le disposizioni per la formazione del bilancio annuale 2011 e pluriennale 2011-2013 (legge finanziaria regionale 2011), nelle quali sono ricompresi gli interventi regionali in materia sanitaria;
- f. che, successivamente, con la legge regionale 4 agosto 2011 n. 14, pubblicata sul BURC n. 54 del 16/8/2011, il Consiglio Regionale della Campania ha, altresì, approvato le disposizioni urgenti in materia di finanza regionale;
- g. che, in particolare, la citata legge regionale 14 del 2011 ha, tra l'altro, modificato il comma 231 dell'articolo 1 della legge regionale 4 del 2011, sostituendone il testo nella seguente riformulazione: "231.. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione e per l'intero periodo di vigenza del piano di rientro dal disavanzo sanitario le competenze riconosciute

*alla Giunta Regionale nelle materie rientranti nell'accordo sottoscritto in attuazione dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del Bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2005), e disciplinate ai sensi dell'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2010), sono esercitate dal Commissario ad acta”;*

## Considerato

- a. che il comma 231 bis della citata legge regionale 4/2011, così come introdotto dal comma 34, dell'art. 1, della legge regionale 14/2011, prevede che: *“Il Commissario ad acta, nominato ai sensi dell'art. 4, comma 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159 (interventi urgenti in materia economico-finanziaria, per lo sviluppo e l'equità sociale), convertito, con modificazioni, in legge 29 novembre 2007, n. 222, individua, con proprio decreto, le norme regionali in contrasto con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e con quelle dei programmi operativi di cui all'articolo 2, comma 88, della legge 191/2009 e dispone la sospensione dell'efficacia degli eventuali provvedimenti di esecuzione delle medesime. I competenti organi regionali, entro i successivi sessanta giorni dalla pubblicazione sul BURC del decreto di cui al presente comma, provvedono, in ottemperanza a quanto disposto dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, alla conseguente necessaria modifica delle disposizioni così individuate, sospendendole o abrogandole”.*
- b. che il comma 80 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, così come modificato dal decreto del 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni, in legge 15/2011, n. 211, prevede che qualora: *“gli ordinari organi di attuazione del piano o il commissario ad acta rinvenivano ostacoli derivanti da provvedimenti legislativi regionali, li trasmettono al Consiglio regionale, indicandone puntualmente i motivi di contrasto con il piano di rientro o con i programmi operativi. Il Consiglio regionale, entro i successivi sessanta giorni, apporta le necessarie modifiche alle leggi regionali in contrasto, o le sospende, o le abroga.”*

**Rilevato** che anche a seguito dell'adozione dei programmi operativi alcune previsioni della L. regionale n. 4 di agosto 2011 non modificati dalla legge n. 14/2011, presentano profili di incoerenza con le previsioni del piano di rientro dal disavanzo sanitario e dei programmi operativi medesimi e abbisognano di approfondimenti da parte dei competenti organi regionali e della conseguente necessaria modifica, sospensione o abrogazione;

**Ritenuto di individuare** i commi che presentano profili di conflitto con il piano di rientro come di seguito riportato:

- a. **Il comma 209** prevede che il Servizio sanitario regionale può avvalersi, nel settore della diagnostica di laboratorio per le attività di elevata complessità di biologia molecolare clinica genetica di laboratorio di diagnostica e di malattie congenite del metabolismo e delle malattie rare, della fondazione CEINGE, nell'ambito del riassetto della rete laboratoristica e nei limiti previsti dal Piano di rientro.  
La norma, introducendo costi connessi al supporto della Fondazione CEINGE, si pone in contrasto con il citato Piano di rientro che non contempla tali costi.  
La norma, inoltre, si pone in contrasto con i decreti commissariali con i quali è stato approvato il Programma Operativo ed il riassetto della rete laboratoristica di cui al decreto 55/2010 dove il ruolo e le funzioni del Ceinge sono diversamente articolati.
- b. **Il comma 210** prevede che, l'ambito distrettuale n. 23 dell'ASL di Caserta, di cui alla legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 (misure di razionalizzazione e riqualificazione del sistema sanitario regionale per il rientro dal disavanzo), comprende i territori dei Comuni di Castelvolturno, Mondragone, Falciano del Massico, Carinola, Cancellone ed Arnone, S. Maria La Fossa, Grazzanise, Celliole. Il comma si pone in contrasto con gli interventi previsti nel Piano di rientro e, in particolare, con i decreti commissariali n.

- 22/2011 e n. 49/2010 di ristrutturazione della rete ospedaliera. La norma, inoltre, contrasta con il programma operativo 2010 e con il decreto 49/2010 che non prevedono una nuova regolamentazione degli ambiti territoriali. Infine, interferisce con il punto 1 lett. C) del mandato commissariale di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 24/7/2010.
- c. **Il comma 211** prevede che, al distretto sanitario di Avellino sono accorpati i comuni di Cervinara, Roccabascerana, Rotondi e San Martino Valle Caudina. Il comma si pone in contrasto con gli interventi previsti nel Piano di rientro e, in particolare, con i decreti commissariali n. 22/2011 e n. 49/2010 di ristrutturazione della rete ospedaliera. La norma, inoltre, contrasta con il programma operativo 2010 e con il decreto 49/2010 che non prevedono una nuova regolamentazione degli ambiti territoriali. Infine, interferisce con il punto 1 lett. C) del mandato commissariale di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 24/7/2010.
- d. **Il comma 212** prevede che, al fine di razionalizzare e riqualificare il sistema sanitario regionale per il rientro del disavanzo la Giunta regionale è autorizzata con apposito regolamento a disciplinare gli ambiti territoriali di cui all'articolo 2, comunque in numero non superiore a nove, e quelli di cui all'articolo 3 della legge regionale 16/2008, fermi restando gli obblighi derivanti dal Piano di rientro dal disavanzo sanitario, sottoscritto ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005). Il comma si pone in contrasto con gli interventi previsti nel Piano di rientro e, in particolare, con i decreti commissariali n. 22/2011 e n. 49/2010 di ristrutturazione della rete ospedaliera. Le norme, inoltre, contrastano con il programma operativo 2010 e con il decreto 49/2010 che non prevedono una nuova regolamentazione degli ambiti territoriali. Infine, interferisce con il punto 1 lett. C) del mandato commissariale di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 24/7/2010.
- e. **Il comma 215** prevede che, la Regione Campania assicuri le convenzioni a favore degli Hospice mediante l'istituzione di apposito capitolo di spesa.
- f. **Il comma 217** prevede che, l'ammontare dell'indennità di residenza per il triennio 2011-2013 da erogare ai titolari delle farmacie rurali di cui alla legge 8 marzo 1968, n. 221 (Provvidenze a favore dei farmacisti rurali) e 8 novembre 1991, n. 362 (Norme di riordino del settore farmaceutico), è fissato in relazione alla popolazione residente per ogni anno nella misura sotto-indicata:
- a) euro 3.000,00 per le farmacie rurali ubicate in località con popolazione fino a mille abitanti;
  - b) euro 1.000,00 per le farmacie rurali ubicate in località con popolazione da milleuno a duemila abitanti;
  - c) euro 500,00 per le farmacie rurali ubicate in località con popolazione da duemilauno a tremila abitanti.
- g. **Il comma 218** prevede che, l'ammontare annuo dell'indennità di gestione da corrispondere al farmacista gestore del dispensario farmaceutico, ai sensi delle leggi 221/1968 e 362/1991, è fissato in euro 175,00.
- h. **Il comma 219** prevede che, maggiori oneri di cui ai commi 217 e 218 provvedono le ASL con le risorse ordinariamente assegnate.  
Le suddette previsioni di maggiori oneri si pongono in contrasto con il Piano di rientro e con le conseguenti manovre già previste di riequilibrio strutturale in quanto non risultano previsti nella tabella degli effetti economici derivanti dal Programma operativo 2010 e di quelli rilevanti dal Programma operativo 2011-2012.
- i. **Il comma 237 octodecies** della legge n.14 stabilisce che *“Al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare*

*prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio, possono, in deroga a quanto previsto da commi precedenti, operare in regime di accreditamento, fermo restando il successivo rispetto delle procedure per la conferma dell'accreditamento. Con dette strutture le ASL possono stipulare contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuino la copertura finanziaria."*

La disposizione di cui alla legge regionale n. 14 si pone in contrasto con l'art. 8 quarter del d.lgs. n.502/92.

- j. **Il comma 237 nonies** della legge n.14/2011 prevede che se il numero delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private che hanno presentato la domanda ai sensi del comma 237 sexies eccede il fabbisogno programmato a livello regionale, ai fini dell'accreditamento si tiene conto dell'ordine cronologico di acquisizione delle pregresse istanze di accreditamento istituzionale presentate ai sensi dei regolamenti 3/2006 e 1/2007, ferma restando la procedura di accreditamento in esubero disciplinata dai medesimi regolamenti.

La norma si pone in contrasto con la disposizione di cui all'art. 8 - quarter, comma 8, del d.lgs. n.502/92.

- k. **Il comma 238** prevede che, la Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, acquisito il parere della commissione consiliare competente, disciplina l'istituzione presso un'azienda sanitaria della Regione del centro di riferimento regionale per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei Disturbi del comportamento alimentare (DCA), sulla base dei seguenti criteri:

1. la sede del centro è individuata in uno dei presidi ospedalieri da riconvertire in struttura ospedaliera per la riabilitazione di cui al decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario del 27 settembre 2010, n. 49;
2. il modello organizzativo del centro di riferimento è articolato in tre livelli di trattamento sulla base delle caratteristiche di gravità dei disturbi del comportamento alimentare:
  - 1) ambulatoriale, con funzione di orientamento del paziente verso il livello di trattamento più appropriato;
  - 2) day hospital, con funzioni di inquadramento diagnostico e di costruzione di un programma terapeutico personalizzato di media intensità (trattamenti motivazionali, psicoterapeutico-riabilitativi e riabilitazione nutrizionale);
  - 3) trattamento residenziale, per l'applicazione di programmi terapeutici ad alta intensità.

L'istituzione di un nuovo centro regionale, i cui oneri non sono quantificati e sono a carico di una generica UPB, risulta in contrasto con i decreti di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale.

- l. **Il comma 239** prevede che, la Giunta regionale definisca un percorso di integrazione delle varie articolazioni coinvolte (Salute mentale, Materno infantile, Servizi sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e tra queste e i centri e le strutture residenziali e le strutture ospedaliere ed universitarie dedicate per la gestione delle diverse fasi di diagnosi e cura. Assicura, tramite l'Osservatorio Epidemiologico Regionale, la rilevazione epidemiologica e l'analisi statistica dei dati relativi all'incidenza e alla prevalenza dei DCA.

Tale norma non prevede la quantificazione degli oneri che vengono demandati genericamente nel comma 240, all'UPB 4.15.38. La disposizione si pone in contrasto con il mandato commissariale e con i programmi operativi.

- m. **Il comma 241** prevede che, la Regione Campania promuove la metodologia di integrazione sociosanitaria denominata "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di salute" (PTRI/BdS), riferita anche al riutilizzo dei beni confiscati

alla criminalità organizzata, al fine di dare concreta attuazione alle indicazioni della Commissione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui Determinanti sociali della Salute (*"Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health."*, 2008) e alle collegate Raccomandazioni licenziate dalla 62° Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*"Reducing health inequities through action on the social determinants of health"* (n. WHA62.14 del 22 maggio 2009). Per le finalità di cui al presente comma, nei limiti dei vincoli di spesa determinati per l'anno 2011, alla predetta metodologia sono riservate specifiche risorse, per consentire la continuità delle azioni già implementate nonché la sperimentazione della metodologia nelle aziende sanitarie ove non è ancora operativa. Tale norma introduce oneri non quantificati e senza alcuna previsione della relativa copertura finanziaria, nei quali non si fa riferimento al piano di rientro ed attribuisce alla Regione competenze riservate al Commissario.

**n. Il comma 243** prevede che, Il comma 2 dell'articolo 83 della legge regionale 1/2008 è sostituito dal seguente:

Per il servizio di continuità assistenziale, nelle zone disagiate, si applica il criterio di un medico di continuità assistenziale ogni millecinquecento abitanti fino alla copertura del 10 per cento della popolazione regionale, rimodulando l'assegnazione del personale medico nelle zone non disagiate secondo il rapporto di un medico ogni seimila abitanti o frazioni di seimila maggiori di tremila per i capoluoghi di provincia; nelle altre zone, un medico ogni cinquemila abitanti o frazioni di cinquemila maggiori di tremila. Tale riorganizzazione è definita a livello aziendale. Tali modifiche non possono prevedere incremento rispetto alla dotazione organica complessiva per il servizio di Continuità assistenziale previsto dalla deliberazione della Giunta della Regione Campania n.1570 del 2004. È rimessa alla contrattazione decentrata l'individuazione dei criteri per la definizione delle zone disagiate di Continuità Assistenziale; entro novanta giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo, le Aziende Sanitarie Locali, previo parere del Comitato Aziendale ex articolo 23 dell'Accordo Collettivo Nazionale vigente, individuano le zone disagiate e ridefiniscono l'assetto organizzativo territoriale del servizio. Spetta al Comitato Regionale ex articolo 24 dell'Accordo collettivo nazionale (ACN) vigente la verifica del rispetto dei vincoli sopra descritti.

Tale norma prevede oneri non quantificati, senza alcuna previsione della relativa copertura finanziaria. Inoltre, gli interventi non sono previsti nel piano di rientro.

#### Ritenuto altresì:

- a. che i commi 221, 222 e 223 che istituiscono L'Osservatorio regionale per la sicurezza alimentare (ORSA), quale strumento operativo della regione Campania in materia di sicurezza alimentare e con funzioni di supporto ai compiti di indirizzo e di programmazione degli interventi di profilassi e di risanamento del patrimonio zootecnico e delle patologie trasmissibili all'uomo, non sono in contrasto con i programmi operativi 2010, 2011-2012, e con il nuovo Piano sanitario regionale, ma che comunque è necessario un intervento del legislatore regionale che, mediante un'idonea interpretazione legislativa, garantisca la coerenza del nuovo strumento operativo con i programmi ed il Piano medesimo;
- b. che i commi da 224 a 230 definiscono un nuovo assetto e nuove funzioni alla società regionale SORESA coerenti con la programmazione regionale volta ad attuare il Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario ma occorre che il legislatore regionale integri le previsioni normative mediante l'espressa precisazione che il ruolo e le funzioni di SORESA sono coerenti con i programmi operativi 2011 – 2012 adottati ai sensi dell'articolo 2, comma 88, legge 191 del 2009;
- c. che i commi 244 e 245 provvedono a disciplinare la riorganizzazione dell'Agenzia

regionale per la sanità (ARSAN) prevedendo la trasformazione dell'Agenzia in una struttura tecnica di supporto "in materia di politica sanitaria regionale" e che detta struttura debba assicurare il proprio supporto alle attività del Commissario e alla programmazione sanitaria del Servizio Sanitario regionale (SSR);

**Ravvisato** di dover provvedere, in attuazione del disposto di cui al comma 231 *bis*, dell'articolo 1, della legge regionale 4 del 2011, così come inserito dal comma 34, dell'articolo 1 della legge regionale 14 del 2011 alla sospensione dell'efficacia dei provvedimenti assunti in forza dei commi della legge regionale 4 del 2011, in contrasto con il Piano di rientro dei Disavanzi e dei Programmi operativi 2010, 2011-2012 come individuati nel presente decreto.

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato

## DECRETA

1. di individuare ai sensi del comma 231 *bis*, dell'articolo 1 della legge regionale 4 del 2011, le norme regionali in contrasto con il Piano di rientro dei Disavanzi e dei Programmi operativi 2010, 2011-2012 e, per l'effetto, di disporre la sospensione dell'efficacia dei provvedimenti assunti in forza dei commi dell'articolo 1 della legge regionale 4 del 2011 di seguito riportati:
  - 1.1 **Il comma 209 della legge n. 4/2011** prevede il supporto del Ceinge al SSR. La norma si pone in contrasto con i Programmi Operativi ed con il riassetto della rete laboratoristica di cui al decreto 55/2010 dove il ruolo e le funzioni del Ceinge sono diversamente articolati. Pertanto, si chiede l'emanazione di una norma interpretativa che chiarisca l'apporto del Ceinge all'interno della programmazione regionale, in coerenza con i principi di riorganizzazione della rete laboratoristica regionale di cui al decreto commissariale n. 55/2010.
  - 1.2 **I commi da 210 a 212 della legge n. 4/2011** intervengono sugli ambiti territoriali e si pongono in contrasto con i decreti commissariali n. 22/2011 e n. 49/2010 di ristrutturazione della rete ospedaliera e con i programmi operativi 2010 che non prevedono una nuova regolamentazione degli ambiti territoriali. Infine, interferiscono con il punto 1 lett. C) del mandato commissariale di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 24/7/2010. Pertanto, se ne chiede l'abrogazione.
  - 1.3 **I commi da 217 a 219 della legge n. 4/2011** intervengono sulla disciplina delle farmacie rurali. Tali commi si pongono in contrasto con il Piano di rientro e con le conseguenti manovre già previste di riequilibrio strutturale in quanto non risultano previsti nella tabella degli effetti economici derivanti dal Programma operativo 2010 e di quelli rilevanti dal Programma operativo 2011-2012. Pertanto, se ne chiede l'abrogazione.
  - 1.4 **Il comma 237 octodecies della legge n.14/2011** stabilisce che al fine di colmare la carenza regionale di offerta in specifici ambiti assistenziali, le strutture destinate a erogare prestazioni di assistenza palliativa ai malati terminali (hospice) e di assistenza a disabili e anziani non autosufficienti (Residenze Sanitarie Assistenziali), che siano state autorizzate all'esercizio, possono, in deroga a quanto previsto da commi precedenti, operare in regime di accreditamento, fermo restando il successivo rispetto delle procedure per la conferma dell'accreditamento. Con dette strutture le ASL possono stipulare contratti, nei limiti fissati da appositi provvedimenti commissariali che individuino la copertura finanziaria. La suddetta disposizione si pone in contrasto con l'art. 8 quarter del d.lgs. n.502/92, pertanto ne propone l'abrogazione.
  - 1.5 **Il comma 237 nonies della legge n.14/2011** prevede che se il numero delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private che hanno presentato la domanda ai sensi del comma 237 sexies eccede il fabbisogno programmato a livello regionale, ai fini dell'accreditamento si tiene conto dell'ordine cronologico di acquisizione delle pregresse istanze di accreditamento istituzionale presentate ai sensi dei regolamenti 3/2006 e 1/2007, ferma restando la procedura di accreditamento in esubero disciplinata dai medesimi regolamenti. La norma si pone in contrasto con la disposizione di cui all'art. 8 - quarter, comma 8, del d.lgs. n.502/92 pertanto se ne propone l'abrogazione.
  - 1.6 **Il comma 238 della legge n. 4/2011** prevede l'istituzione di un centro per i disturbi del comportamento alimentare i cui oneri non sono quantificati e sono a carico di una generica UPB. Pertanto, tale istituzione risulta in contrasto con il mandato commissariale e con i decreti di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale e se ne chiede l'abrogazione.

- 1.7 **Il comma 239 della legge n. 4/2011** prevede che, la Giunta regionale definisca un percorso di integrazione Salute mentale, Materno infantile, Servizi sociali, Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Tale norma non prevede la quantificazione degli oneri che vengono demandati genericamente nel comma 240, all'UPB 4.15.38, si pone in contrasto con il mandato commissariale e con i programmi operativi e se ne chiede l'abrogazione.
- 1.8 **Il comma 241 della legge n. 4/2011** prevede che, la Regione Campania promuove la metodologia di integrazione sociosanitaria denominata "Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di salute" (PTRI/BdS). Tale norma introducendo oneri non quantificati e senza alcuna previsione della relativa copertura finanziaria, si pone in contrasto con il piano di rientro, pertanto, se ne chiede l'abrogazione.
- 1.9 **Il comma 243 della legge n. 4/2011** interviene sul servizio di continuità assistenziale e prevede oneri non quantificati, senza alcuna previsione della relativa copertura finanziaria. Inoltre, gli interventi non sono previsti nel piano di rientro, pertanto se ne chiede l'abrogazione.
2. di individuare, in ottemperanza all'articolo 2, comma 80, della legge n.191 del 2009, le disposizioni legislative a cui apportare le necessarie modifiche legislative, entro i termini indicati dal medesimo comma e dell'articolo 1, comma 231 bis della legge regionale n. 4 del 2011, così come di seguito elencate:
- 2.1 **commi 221, 222, 223 dell'articolo 1 della legge n. 4/2011** garantendo la coerenza del nuovo strumento operativo con i programmi operativi 2010, 2011-2012, adottati ai sensi dell'articolo 2, comma 88, legge 191 del 2009, e con il nuovo Piano sanitario regionale;
- 2.2 **commi da 224 a 230 dell'articolo 1 della legge n. 4/2011** specificandone la coerenza con i programmi operativi 2010, 2011-2012, adottati ai sensi dell'articolo 2, comma 88, legge 191 del 2009;
- 2.3 **commi da 244 a 245 dell'articolo 1 della legge n. 4/2011** specificando che detta struttura assicura il proprio supporto alle attività del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario e alla programmazione sanitaria del SSR.
3. di trasmettere il presente provvedimento, al Consiglio Regionale, alle Area Generale di Coordinamento 19 e all'Area Generale di Coordinamento 20 e al Settore Stampa e documentazione per la pubblicazione sul BURC, ai fini degli adempimenti di cui al comma 231 bis della legge regionale n. 4/2011 come introdotto dall'art. 1, C. 34 della legge regionale n. 14/2011.

Il Commissario ad Acta  
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole:  
Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Mario Morlacco

Si esprime parere favorevole:  
Il Sub Commissario ad Acta  
Dott. Achille Coppola

Il Coordinatore della A.G.C. 19  
Dott. Albino D'Ascoli

L'estensore  
Avv. Lara Natale