

SEZIONE I**LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI**

LEGGI REGIONALE 22 ottobre 2004, n. 56

Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale) in materia di svolgimento delle funzioni di direzione delle strutture organizzative.

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Inserimento dell'articolo 50 bis nella l.r. 22/2000

1. Dopo l'articolo 50 della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale) è inserito il seguente:

"Art. 50 bis

Incarichi di direzione di struttura

1. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, del servizio sanitario regionale sono conferiti ai dirigenti sanitari, di cui all'articolo 15 quater, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421), in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico.

2. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, del servizio sanitario regionale, nonché dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419) sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgano un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico."

La presente legge è pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e farla osservare come legge della Regione Toscana.

MARTINI

Firenze, 22 ottobre 2004

La presente legge è stata approvata dal Consiglio Regionale nella seduta del 19.10.2004.

AVVERTENZA

Si pubblica di seguito il testo della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), pubblicata sul Bollettino ufficiale 17 marzo 2000, n. 10 bis, coordinato con:

- legge regionale 31 ottobre 2001, n. 53 (Disciplina dei commissari nominati dalla Regione), pubblicata sul Bollettino ufficiale 7 novembre 2001, n. 37;

- legge regionale 26 febbraio 2003, n. 14 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale" Disposizioni in materia di aziende sanitarie), pubblicata sul Bollettino ufficiale 28 febbraio 2003, n. 11;

- legge regionale 22 ottobre 2004, n. 56 (Modifiche alla legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 "Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale" in materia di svolgimento delle funzioni di direzione delle strutture organizzative), pubblicata su questo stesso Bollettino ufficiale.

Il testo coordinato qui pubblicato è stato redatto a cura degli uffici del Consiglio regionale, ai sensi dell'articolo 9 della legge regionale 15 marzo 1996, n. 18 (Ordinamento del Bollettino ufficiale della Regione Toscana e norme per la pubblicazione degli atti), al solo fine di facilitare la lettura. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui richiamati. Le modifiche sono stampate con caratteri corsivi e con le note ne è specificata la fonte. I riferimenti normativi del testo e delle note sono aggiornati al 22 ottobre 2004.

Testo coordinato della legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale

INDICE

TITOLO I

Oggetto, finalità e definizioni

Art. 1 Oggetto e finalità

Art. 2 Definizioni

TITOLO II

Principi

Art. 3 Diritti del cittadino

Art. 4 Percorso assistenziale

Art. 5 Promozione della cultura della salute

Art. 6 Programmazione sanitaria regionale

Art. 7 Finalizzazione delle risorse finanziarie

TITOLO III

Programmazione sanitaria

Capo I

Aziende sanitarie

Art. 8 Aziende sanitarie

Art. 9 Aziende unità sanitarie locali

Art. 10 Aziende ospedaliere

Art. 11 Sistema delle Aziende

Capo II

Procedimento di programmazione - i soggetti

Art. 12 Regione

Art. 13 Provincia

Art. 14 Comune

Art. 15 Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria

Art. 16 Conferenza dei sindaci

Art. 17 Università

Art. 18 Enti di ricerca e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Art. 19 Partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti dell'utenza

Art. 20 Rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale

Capo III

Procedimento di programmazione - gli strumenti

Art. 21 Piano sanitario regionale

Art. 22 Contenuti del piano sanitario regionale

Art. 23 Relazione sanitaria regionale

Art. 24 Piano sanitario regionale. Attuazione

Art. 25 Piani attuativi

Art. 26 Relazione sanitaria aziendale

Art. 27 Fondazioni

Art. 28 Fondo sanitario regionale

Art. 29 Determinazione del fabbisogno e relativi adempimenti

Art. 30 Finanziamento delle Aziende unità sanitarie locali

Art. 31 Finanziamento delle Aziende ospedaliere

Art. 32 Finanziamento della mobilità sanitaria

Art. 33 Autofinanziamento aziendale tramite tariffe

Art. 34 Approvazione degli atti fondamentali delle Aziende sanitarie

TITOLO IV

Ordinamento

Capo I

Funzioni gestionali

Art. 35 Organi

Art. 36 Funzioni e competenze del direttore generale

Art. 37 Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale

Art. 38 Incompatibilità e cause di decadenza e revoca del direttore generale

Art. 39 Cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario

Art. 40 Collegio sindacale: nomina e funzionamento

Art. 41 Collegio sindacale: attività di controllo

Capo II

Funzioni consultive

Art. 42 Consiglio dei sanitari delle Aziende unità sanitarie locali

Art. 43 Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere

Art. 44 Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere

Art. 45 Collegio di direzione

Capo III

Statuto aziendale

Art. 46 Statuto aziendale

TITOLO V

Organizzazione

Capo I

Principi organizzativi

Art. 47 Principi e finalità dell'organizzazione

Art. 48 Funzioni gestionali

Art. 49 Direzione aziendale

Art. 50 Funzioni operative

Capo II

Articolazione organizzativa professionale

Art. 50 bis Incarichi di direzione di struttura

Art. 51 Strutture organizzative professionali e loro compiti

Art. 52 Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali

Art. 53 Responsabilità delle strutture organizzative professionali

Capo III

Articolazione organizzativa funzionale

Art. 54 Strutture organizzative funzionali delle Aziende sanitarie

Art. 55 Zona

Art. 56 Distretto

Art. 57 Organizzazione dei servizi sanitari territoriali di zona

Art. 58 Dipartimento della prevenzione

Art. 59 Presidio ospedaliero di zona

Art. 60 Dipartimenti delle Aziende ospedaliere

Art. 61 Dipartimenti di coordinamento tecnico e dipartimenti operativi interaziendali

Art. 62 Dipartimento dell'emergenza urgenza

TITOLO VI

Presidi e prestazioni

Capo I

Presidi

Art. 63 Presidi

Art. 64 Organizzazione e funzionamento dei presidi

Capo II

Prestazioni

Art. 65 Prestazioni

Art. 66 Accesso alle prestazioni

Art. 67 Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private

TITOLO VII

Strumenti di consulenza, di studio e di accertamento della qualità in materia sanitaria

Capo I

Agenzia regionale di sanità

Art. 68 Natura giuridica dell'Agenzia regionale di sanità

Art. 69 Compiti e attribuzioni

Art. 70 Prestazioni a favore di terzi

Art. 71 Organi

Art. 72 Regolamento

Art. 73 Consiglio di amministrazione. Composizione e funzionamento

Art. 74 Consiglio di amministrazione. Competenze

Art. 75 Presidente

Art. 76 Collegio dei revisori dei conti

Art. 77 Competenze del collegio dei revisori dei conti

Art. 78 Controllo sugli atti

Art. 79 Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione

Art. 80 Indennità e rimborso spese

Art. 81 Programma di attività

Art. 82 Personale

Art. 83 Articolazioni di funzioni e struttura operativa

Art. 84 Osservatorio di epidemiologia. Funzioni

Art. 85 Osservatorio per la qualità. Funzioni

Art. 86 Osservatorio di economia sanitaria. Funzioni

Art. 87 Organizzazione, attività e rapporto degli osservatori con le strutture tecniche regionali

Capo II

Consiglio sanitario regionale

Art. 88 Consiglio sanitario regionale

Art. 89 Funzioni

Art. 90 Organi

Art. 91 Presidente

Art. 92 Vice presidente

Art. 93 Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni

Art. 94 Assemblea. Composizione

Art. 95 Assemblea. Funzioni

Art. 96 Regolamento

Art. 97 Articolazioni di funzioni

Art. 98 Struttura

Art. 99 Indennità e rimborso spese

TITOLO VIII

Patrimonio contabilità e contratti

Capo I

Patrimonio

Art. 100 Trasferimento dei beni

Art. 101 Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti

Art. 102 Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti

Art. 103 Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio

Art. 104 Procedura di alienazione dei beni immobili

Art. 105 Inventario dei beni immobili e mobili

Art. 106 Consegnatari responsabili

Art. 107 Beni di consumo e contabilità di magazzino

Art. 108 Beni in visione, prova e comodato

Capo II

Contabilità

Art. 109 Bilancio pluriennale di previsione

Art. 110 Bilancio preventivo economico annuale

Art. 111 Bilancio di esercizio

Art. 112 Procedimento di adozione degli atti di bilancio

Art. 113 Libri obbligatori

Art. 114 Contabilità generale

Art. 115 Sistema budgetario

Art. 116 Contabilità analitica

Art. 117 Controllo di gestione

Art. 118 Responsabilità

Art. 119 Modalità dei pagamenti e servizi di cassa

Art. 120 Casse economali

Capo III

Attività contrattuale

Art. 121 Regolamento aziendale dell'attività contrattuale

- Art. 122 Programmazione dell'attività contrattuale
- Art. 123 Provvedimento a contrattare
- Art. 124 Condizioni e clausole contrattuali
- Art. 125 Capitoli
- Art. 126 Funzionario responsabile del procedimento contrattuale
- Art. 127 Conclusione dei contratti
- Art. 128 Collaudi e verifiche di qualità
- Art. 129 Misure di trasparenza
- Art. 130 Normativa applicabile
- Art. 131 Osservatorio generale dei prezzi
- Art. 132 Catalogo dei beni e servizi

TITOLO IX

Norme finali e transitorie

- Art. 133 Disposizioni per l'area fiorentina
- Art. 134 Norme finali per le zone della Val di Nievole, della Val di Cornia-Elba e del Valdarno
- Art. 135 Relazioni sindacali
- Art. 136 Norme transitorie e finali per la gestione del patrimonio
- Art. 137 Norme transitorie per l'attività contrattuale
- Art. 138 Norme transitorie di primo impianto
- Art. 139 Abrogazioni

TITOLO I

Oggetto, finalità e definizioni

Art. 1

Oggetto e finalità

1. La presente legge, in attuazione e adeguamento ai principi ed alle disposizioni contenute nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni di seguito indicato come decreto delegato ed in attuazione del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, riunisce e coordina le norme in materia di:

- a) strumenti e procedure della programmazione sanitaria;
- b) organizzazione e ordinamento del Servizio sanitario regionale;
- c) criteri di finanziamento delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere;
- d) disciplina patrimoniale e contabile delle Aziende sanitarie;
- e) erogazioni delle prestazioni.

Art. 2

Definizioni

1. Ai fini della presente legge si intende:

- a) per area vasta, la dimensione operativa a scala interaziendale, individuata come dimensione ottimale per atti di concertazione;
- b) per azione programmata, lo strumento di program-

mazione previsto dal piano sanitario regionale e adottato dalla Regione al quale le Aziende sanitarie e gli altri produttori accreditati devono conformarsi. L'azione programmata ha ad oggetto: il percorso assistenziale di determinate patologie; la regolamentazione di specifiche pratiche mediche o d'interventistica chirurgica; l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva;

c) per Aziende sanitarie, le Aziende ospedaliere e le Aziende unità sanitarie locali⁽⁶⁾;

d) per bacino di Azienda ospedaliera, l'area territoriale delimitata dagli atti regionali di programmazione entro la quale l'Azienda ospedaliera opera come naturale centro di attrazione;

e) per budget, il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale;

f) per concertazione, il metodo di relazione e lo strumento di programmazione con il quale, di norma, le Aziende sanitarie stabiliscono reciproche intese, sia per lo sviluppo in rete dei servizi ospedalieri che per l'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona e di quelli di prevenzione collettiva, definiscono accordi di sistema con gli altri produttori accreditati al fine di disciplinare la successiva contrattazione degli specifici rapporti;

g) per dipartimento, la struttura funzionale di direzione di attività o di coordinamento di procedure operative, operante a livello aziendale o interaziendale; esso si qualifica come:

1) dipartimento di coordinamento tecnico, finalizzato a garantire a livello aziendale e interaziendale l'omogeneità delle procedure operative in relazione ad azioni programmate, progetti obiettivo o specifici processi produttivi;

2) dipartimento operativo interaziendale, finalizzato a dirigere, attraverso apposito budget, attività ospedaliere omogenee svolte da più Aziende nell'ambito di area vasta;

3) dipartimento della prevenzione, struttura funzionale della Azienda unità sanitaria locale finalizzata alla direzione dei servizi di prevenzione collettiva;

4) dipartimento dell'emergenza urgenza, struttura funzionale finalizzata a dirigere le attività di emergenza e urgenza erogate nell'ambito dei servizi sanitari territoriali di zona e dei servizi ospedalieri in rete;

5) dipartimento delle Aziende ospedaliere, finalizzato a garantire l'omogeneità delle procedure assistenziali ed organizzato per aree funzionali di professionalità omogenea, per particolari finalità assistenziali, per gruppi di patologie, di organi, di apparati;

h) per distretto, l'articolazione della zona al cui livello:

1) il servizio sanitario regionale attiva il percorso assistenziale;

2) i servizi di assistenza sociale attivano gli interventi di sostegno e di reinserimento sociale;

3) si realizza l'integrazione delle attività sanitarie e sociali;

i) per funzione operativa, l'insieme di attività riconosciute come omogenee sotto il profilo professionale;

l) per livello uniforme ed essenziale di assistenza, l'insieme delle prestazioni che il servizio sanitario regionale è tenuto ad assicurare sulla base della normativa vigente e degli atti di programmazione nazionale e regionale a tutela della collettività e dell'individuo;

m) per percorso assistenziale, il risultato di una modalità organizzativa che assicura tempestivamente al cittadino in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari di zona e dei servizi ospedalieri in rete, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione;

n) per polo, la dimensione operativa predefinita in cui può essere articolata una azione programmata per agevolarne l'attuazione;

o) per presidio, il complesso unitario delle dotazioni strutturali e strumentali organizzate per lo svolgimento di attività omogenee e per l'erogazione delle relative prestazioni. Un presidio può articolarsi in più edifici o stabilimenti; uno stesso edificio o stabilimento può per altro ospitare più presidi;

p) per progetto obiettivo, lo strumento di programmazione previsto dal piano sanitario regionale e adottato dalla Regione finalizzato a tutelare specifiche tipologie di utenza mediante azioni coordinate ed integrate di natura sanitaria e sociale;

q) per proiezione, la modalità operativa per mezzo della quale una o più unità di personale operano in una struttura organizzativa funzionale. Il personale della proiezione risponde, sotto il profilo professionale, alle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa di riferimento e, sotto il profilo organizzativo, alle direttive del responsabile della struttura organizzativa funzionale nella quale è inserito;

r) per servizi ospedalieri in rete, il sistema di collegamenti funzionali fra presidi ospedalieri finalizzati ad assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale nella fase di degenza, attraverso l'erogazione delle prestazioni in forma coordinata ed adeguata alla complessità delle stesse. I servizi ospedalieri in rete si sviluppano e operano in forma coordinata con i servizi sanitari di zona allo scopo di assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale prima e dopo la degenza;

s) per servizi sanitari territoriali di zona, il sistema dei servizi di assistenza educativa, di prevenzione, di attività socio assistenziali a rilievo sanitario, di diagnosi, di cura e riabilitazione erogati non in regime di ricovero a livello di zona dalle Aziende unità sanitarie locali direttamente o tramite produttori accreditati. I servizi sanitari territoriali di zona si sviluppano e operano:

1) in forma coordinata con i servizi ospedalieri in rete, allo scopo di assicurare al cittadino l'appropriatezza del percorso assistenziale;

2) in modo integrato con i servizi di assistenza sociale, per attivare con tempestività gli interventi di reinserimento sociale dell'individuo o per assisterlo costantemente permanendo la situazione di disuguaglianza;

t) per struttura organizzativa funzionale, l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività; essa si qualifica come:

1) area funzionale, per le attività di produzione ed erogazione delle prestazioni assistenziali di ricovero ospedaliero e di prevenzione e per le attività tecnico-amministrative del centro direzionale;

2) unità funzionale, per le attività di erogazione delle prestazioni assistenziali dei servizi sanitari territoriali di zona e della prevenzione;

u) per struttura organizzativa professionale, l'insieme di professionalità omogenee, attinenti ad una specifica funzione operativa; essa si qualifica come:

1) unità operativa o professionale, che è dotata di piena autonomia tecnico professionale ed è direttamente titolare di una funzione operativa;

2) sezione ed ufficio, la cui autonomia tecnico professionale si esprime nell'ambito delle direttive impartite dal responsabile dell'unità operativa di riferimento, titolare della funzione operativa. La sezione è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie ospedaliere, gli uffici per le attività tecnico-amministrative. Sotto il profilo organizzativo la sezione e l'ufficio rispondono alle direttive del responsabile della struttura organizzativa nella quale sono inserite;

v) per zona, l'articolazione dell'Azienda unità sanitaria locale al cui livello:

1) vengono assunte le decisioni programmatiche organizzative ed operative per la gestione dei servizi sanitari territoriali di zona;

2) vengono adottati i provvedimenti necessari per assicurare che i servizi sanitari territoriali di zona operino e si sviluppino in modo integrato con i servizi di assistenza sociale;

3) viene data attuazione alle determinazioni assunte a livello di Azienda per garantire che i servizi sanitari territoriali di zona si sviluppino in forma coordinata con i servizi ospedalieri in rete e con i servizi di prevenzione.

TITOLO II

Principi

Art. 3

Diritti del cittadino

1. La Regione assicura ai cittadini residenti e a coloro che ne hanno diritto in base alle leggi e alle disposizioni vigenti i livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione.

2. I servizi sanitari territoriali di zona e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire al

cittadino la fruizione di un percorso assistenziale appropriato, tempestivamente corrispondente al bisogno accertato, secondo i principi della qualificazione delle prestazioni erogate e della compatibilità con le risorse disponibili.

Art. 4

Percorso assistenziale

1. Il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta sono responsabili nei confronti del cittadino dell'attivazione del percorso assistenziale, fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni in materia di accesso ai servizi sanitari.

2. Per l'Azienda unità sanitaria⁽³⁾ locale sono responsabili del percorso assistenziale:

a) Il direttore generale, per quanto in particolare attiene:

1) la disciplina dell'organizzazione prevista nello statuto aziendale;

2) gli atti di concertazione definiti con altre Aziende unità sanitarie locali, con le Aziende ospedaliere e con gli altri soggetti pubblici del sistema;

3) la contrattazione e la definizione dei rapporti con i produttori privati accreditati;

4) la definizione dei rapporti con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e con gli specialisti ambulatoriali, in attuazione delle convenzioni nazionali;

b) il direttore sanitario, per quanto in particolare attiene:

1) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri;

2) il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali di zona;

3) l'attivazione dei protocolli diagnostico-terapeutici e riabilitativi;

c) il coordinatore dei servizi sociali, per quanto attiene l'integrazione tra i servizi sanitari ed i servizi di assistenza sociale;

d) il responsabile di zona, per quanto in particolare attiene il coordinamento nell'ambito di competenza fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali di zona e l'integrazione fra i servizi sanitari territoriali di zona e i servizi di assistenza sociale;

e) il responsabile del distretto per quanto in particolare attiene:

1) l'informazione al cittadino in merito all'organizzazione dei servizi sanitari e di assistenza sociale, alle modalità di accesso e a quelle della loro fruizione, avvalendosi dell'ufficio relazioni con il pubblico;

2) l'attivazione del percorso assistenziale.

3. Per l'Azienda ospedaliera sono responsabili del percorso assistenziale:

a) il direttore generale, per quanto in particolare attiene:

1) la disciplina dell'organizzazione dell'Azienda prevista nello statuto aziendale, funzionale alla promozione ed allo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete;

2) gli atti di concertazione con le Aziende unità sanitarie locali del bacino di riferimento o dell'ambito di area vasta nonché con le altre Aziende ospedaliere della regione o di altre regioni;

b) il direttore sanitario, per quanto in particolare attiene:

1) il coordinamento complessivo dei servizi nell'ambito delle disposizioni recate dagli accordi aziendali;

2) l'attivazione dei protocolli diagnostico-terapeutici (3) e riabilitativi.

4. Per gli altri soggetti pubblici del sistema sono responsabili del percorso assistenziale:

a) il legale rappresentante, per quanto attiene in particolare l'osservanza degli atti di concertazione e degli specifici atti convenzionali definiti con le Aziende sanitarie;

b) il direttore sanitario per quanto attiene in particolare l'osservanza delle procedure oggetto degli specifici atti convenzionali con le Aziende sanitarie.

5. Per i produttori privati accreditati sono responsabili del (3) percorso assistenziale:

a) il legale rappresentante, per quanto attiene in particolare l'osservanza degli atti di contrattazione e degli specifici rapporti definiti con le Aziende sanitarie;

b) il direttore sanitario, per quanto attiene in particolare l'osservanza delle procedure oggetto degli specifici rapporti con le Aziende sanitarie.

6. La Giunta regionale, avvalendosi dell'Agenzia regionale di sanità, di seguito denominata ARS, provvede a definire indicatori che consentano di verificare, nel quadro delle responsabilità definite, la congruità dell'organizzazione dei servizi ai risultati attesi.

7. La Giunta regionale, anche su iniziativa delle Aziende ospedaliere, individua le problematiche per le quali affida al Consiglio sanitario regionale ai sensi dell'articolo 95 la predisposizione di linee guida.

8. I presidi costituiscono la sede fisica dove si avvia, si sviluppa e si completa il percorso assistenziale. L'organizzazione dei presidi deve rispondere alle seguenti finalità:

a) assicurare all'utente la continuità assistenziale nel passaggio tra diverse tipologie di prestazioni erogate nello stesso presidio o in altri presidi;

b) garantire la fruizione di prestazioni adeguate alle effettive necessità del cittadino, ricorrendo ad altri presidi della stessa Azienda o di altre istituzioni pubbliche o private, ove queste garantiscano una risposta più adeguata alle necessità del cittadino.

9. In relazione alle finalità di cui alle lettere a) e b), del comma 8, le Aziende sanitarie pubbliche prevedono forme e modalità per l'integrazione tra presidi che consentano la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari territoriali di zona e dei servizi ospedalieri in rete e sviluppano relazioni organiche a livello nazionale ed internazionale con altre strutture sanitarie.

10. I principi sopra indicati vengono resi operativi attraverso gli specifici rapporti di cui all'articolo 8 e seguenti del decreto delegato e la garanzia della loro attuazione rappresenta uno dei requisiti essenziali ai fini dell'accreditamento di cui alla l.r. 23 febbraio 1999, n. 8 e successive modificazioni.

Art. 5

Promozione della cultura della salute

1. È compito della Regione promuovere nei cittadini la crescita di una cultura della salute attraverso lo sviluppo di appropriate ⁽³⁾ conoscenze e l'acquisizione di informazioni al fine di determinare le condizioni per lo stabilirsi di una capacità individuale e collettiva di autotutela. A tali fini sono compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza anche le azioni informative ed educative volte ad accrescere la consapevolezza dei cittadini e qualificare il loro ruolo in ordine:

- a) alla conservazione e al miglioramento del proprio stato di salute;
- b) alla prevenzione delle malattie e degli incidenti negli ambienti di vita e di lavoro;
- c) all'esercizio del principio di autonomia del singolo nel percorso assistenziale, relativamente all'esigenza di rendere effettivo il diritto all'autodeterminazione di fronte alle opzioni diagnostiche e terapeutiche, rispetto anche ai diversi livelli di qualità della vita che ne possono derivare;
- d) ai processi riabilitativi o di trattamento negli stati cronici delle malattie invalidanti.

2. Le Aziende sanitarie attuano interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali della sanità e le associazioni di volontariato ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche.

3. Per l'esame degli aspetti etici attinenti la programmazione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per sviluppare e sopportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione del personale, sono istituiti presso le Aziende sanitarie appositi comitati etici locali. La Commissione regionale di bioetica di cui alla legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 e successive modificazioni supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati etici locali.

Art. 6

Programmazione sanitaria regionale

1. La programmazione sanitaria regionale individua, in coerenza con il piano sanitario nazionale, gli strumenti per assicurare lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.

2. La programmazione sanitaria regionale si attua sul territorio della Regione attraverso le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere.

3. Sono atti della programmazione sanitaria di ambito regionale:

- a) il piano sanitario regionale e i relativi strumenti di attuazione di livello regionale;
- b) i piani attuativi locali;
- c) i piani attuativi delle Aziende ospedaliere;
- d) le intese e gli accordi risultanti dai procedimenti di concertazione definiti ai sensi dell'articolo 11.

4. Sono atti rilevanti per la programmazione sanitaria di ambito regionale:

- a) la relazione sanitaria regionale;
- b) la relazione sanitaria aziendale.

Art. 7

Finalizzazione delle risorse finanziarie

1. Le risorse finanziarie rese disponibili per il servizio sanitario regionale, così come determinate annualmente con legge di bilancio, sono destinate:

- a) al fondo di gestione delle Aziende unità sanitarie locali, calcolato in base ad indici di accesso;
- b) ai programmi interaziendali di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta, proposti dalle Aziende sanitarie;
- c) ai programmi di interesse generale gestiti, anche in modo diretto, dalla Regione;
- d) ai programmi di attività per funzioni obbligatorie non valutabili a prestazione individuate dagli atti di programmazione adottati dalla Regione;
- e) a specifici progetti o programmi individuati dagli atti di programmazione regionale;
- f) al fondo di investimento per la manutenzione ed il rinnovo del patrimonio delle Aziende sanitarie;
- g) al funzionamento dell'ARS e del Consiglio sanitario regionale, di seguito denominato CSR;
- h) alla partecipazione per la costituzione delle fondazioni di cui all'articolo 27.

TITOLO III

Programmazione sanitaria

Capo I
Aziende sanitarie

Art. 8
Aziende sanitarie

1. Le Aziende sanitarie sono dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

2. L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende sanitarie sono disciplinati con l'atto aziendale di diritto privato, di cui all'articolo 3, comma 1 bis, del decreto delegato, di seguito denominato statuto aziendale nel rispetto dei principi e criteri individuati all'articolo 46.

3. Lo statuto è adottato dal direttore generale previo parere della Giunta regionale e sentito il consiglio dei sanitari.

Art. 9
Aziende unità sanitarie locali

1. Le Aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 3 del decreto delegato e i relativi ambiti territoriali sono individuati nell'allegato 1 alla presente legge della quale costituisce parte integrante.

2. Le Aziende unità sanitarie locali provvedono alla programmazione ed alla gestione:

a) delle attività sanitarie, ivi comprese quelle di prevenzione di cui all'articolo 7 del decreto delegato;

b) delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario, secondo quanto stabilito dalla legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72.

c) delle attività di assistenza sociale la cui gestione è ad esse attribuita, in base a delega da parte degli enti locali, che assicurano un finanziamento ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del predetto decreto delegato.

3. Le Aziende unità sanitarie locali assicurano i livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dalla programmazione nazionale e regionale e dai piani attuativi locali, erogando le prestazioni tramite articolazioni funzionali di zona e di distretto socio-sanitario ed avvalendosi delle prestazioni erogate dalle Aziende ospedaliere e dalle istituzioni private accreditate.

4. Ciascuna Azienda unità sanitaria locale si articola nelle zone individuate dall'allegato 1, di cui al comma 1. L'ambito di ogni zona ricomprende per intero uno o più distretti.

Art. 10
Aziende ospedaliere

1. Le Aziende ospedaliere di cui all'allegato 2 alla

presente legge, già costituite con legge regionale 29 giugno 1994, n. 49, secondo il procedimento disciplinato dall'articolo 4, comma 1 e 2, del decreto delegato nella formulazione allora vigente, assumono la configurazione organizzativa di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b) del decreto legislativo n. 517/1999.

2. Le Aziende ospedaliere di cui al comma 1 sono preposte ad attività specialistiche di riferimento regionale e nazionale.

3. Le Aziende ospedaliere assicurano, relativamente alle attività specialistiche di cui al comma 2 ed a quelle loro attribuite dagli atti della programmazione regionale:

a) le prestazioni di ricovero;

b) le prestazioni specialistiche ambulatoriali;

c) le attività di emergenza e urgenza ospedaliera, organizzate in forma dipartimentale.

4. Le Aziende ospedaliere costituiscono altresì riferimento per le attività specialistiche delle Aziende unità sanitarie locali dell'ambito di competenza, secondo le indicazioni degli atti della programmazione sanitaria regionale.

Art. 11
Sistema delle Aziende

1. Le Aziende unità sanitarie locali e le Aziende ospedaliere concorrono nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, al perseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale. A questo fine, la Regione promuove iniziative di concertazione di area vasta attinenti la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi.

2. Le Aziende ospedaliere concorrono in particolare allo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete attraverso la promozione di atti di concertazione con le Aziende unità sanitarie locali e la previsione di specifici servizi funzionali allo sviluppo della rete. Allo stesso fine promuovono altresì, la costituzione di dipartimenti tecnico scientifici interaziendali.

3. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva entro trenta giorni le intese e gli accordi di cui ai commi 1 e 2 riconoscendone carattere ed efficacia di atti della programmazione sanitaria.

4. La Regione incentiva altresì lo sviluppo di programmi e di progetti interaziendali per prestazioni specialistiche di eccellenza tra le Aziende ospedaliere, finalizzati a integrare, razionalizzare e qualificare l'offerta, anche con contributi finanziari che saranno erogati nelle forme, secondo le modalità e alle condizioni indicate nel piano sanitario regionale.

5. Le Aziende ospedaliere possono attivare rapporti in forma societaria con il Consiglio Nazionale delle Ricerche, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ed altri soggetti pubblici e privati allo scopo di erogare prestazioni sanitarie di alta specializzazione. Le Aziende sanitarie possono altresì attivare rapporti in forma societaria con i medesimi soggetti per lo svolgimento di attività di propria competenza. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9 bis del decreto delegato.

5 bis.⁽²⁾ Agli amministratori delle società costituite ai sensi del comma 5, che siano dipendenti della Regione, di enti e aziende regionali, nonché di enti e aziende del servizio sanitario regionale, si applicano le disposizioni dell'articolo 23 bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche), introdotto dall'articolo 7, comma 1 della legge 15 luglio 2002, n. 145.

6. È fatto obbligo alle Aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto della società che si intende costituire, unitamente ⁽³⁾ ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati economici e gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi trenta giorni.

Capo II

Procedimento di programmazione: i soggetti

Art. 12 Regione

1. Il Consiglio regionale su proposta della Giunta approva il piano sanitario regionale che ha durata triennale.

2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo tecnico e coordinamento delle attività delle Aziende sanitarie, sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale; con i relativi atti sono stabiliti modalità e termini per l'adeguamento alle direttive regionali da parte delle medesime Aziende.

3. La Giunta regionale esercita le attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere. La Giunta regionale approva gli atti di bilancio delle Aziende sanitarie, nonché il piano attuativo delle Aziende ospedaliere. La Giunta regionale esprime inoltre il proprio parere sullo schema di statuto aziendale.

Art. 13 Provincia

1. La provincia nell'ambito delle funzioni di cui all'articolo 15, comma 1, lettera b, della legge 8 giugno 1990, n. 142 (Ordinamento delle autonomie locali), è sentita in occasione delle variazioni degli ambiti territoriali sovracomunali delle Aziende unità sanitarie locali.

2. La provincia, nell'ambito delle funzioni di cui al comma 1, è sentita dalla Conferenza dei sindaci in sede di esame dei piani attuativi della o delle Aziende unità sanitarie locali il cui ambito territoriale è, anche in parte, ricompreso nel territorio di riferimento della provincia medesima, ai fini del raccordo tra programmazione sanitaria e programmazione dell'assistenza sociale.

3. La provincia partecipa altresì all'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci per l'integrazione con i programmi e gli interventi specifici di propria competenza.

Art. 14 Comune

1. I comuni concorrono alla programmazione sanitaria regionale attraverso la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria.

2. I comuni esercitano le funzioni di indirizzo e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato nell'ambito territoriale di ciascuna Azienda unità sanitaria locale, tramite la Conferenza dei sindaci.

Art. 15 Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria

1. La Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria è organo consultivo del Consiglio e della Giunta regionale.

2. La Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria esprime parere:

- a) sulla proposta di piano sanitario regionale;
- b) sulla proposta di piano integrato sociale regionale, sui criteri di ripartizione delle risorse e sugli atti riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;
- c) sugli atti di concertazione di rilievo regionale fra Aziende sanitarie;
- d) sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale per l'elaborazione dei piani attuativi ospedalieri e dei piani attuativi locali;
- e) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale.

3. La Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria valuta annualmente lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi. A questo fine la Giun-

ta regionale trasmette alla Conferenza permanente la relazione sanitaria regionale. La Conferenza permanente, ove lo ritenga, trasmette al Consiglio regionale una propria relazione in merito.

4. La Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria è presieduta dai componenti la Giunta regionale preposti ai settori competenti ed è così costituita:

- a) dai presidenti delle Conferenze dei sindaci di cui all'articolo 16;
- b) dai presidenti delle Articolazioni zonali delle predette Conferenze;
- c) da tre rappresentanti dell'ANCI;
- d) da un rappresentante dell'URPT;
- e) da un rappresentante dell'UNCEM.

5. Ai fini dell'espressione del parere nelle materie relative alla programmazione sociale ed alla integrazione socio sanitaria, la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.

6. I membri della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria di cui al comma 4, lettere c) d) ed e) sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.

7. Le modalità di funzionamento della Conferenza sono stabilite con regolamento regionale approvato dal Consiglio regionale su proposta della Giunta regionale.

8. Le determinazioni adottate dalla Conferenza sono trasmesse al Consiglio delle autonomie locali di cui alla legge regionale 21 aprile 1998, n. 22⁽⁴⁾.

Art. 16 Conferenza dei sindaci

1. La Conferenza dei sindaci disciplina con il regolamento la propria attività ed elegge la rappresentanza di cui all'articolo 3, comma 14, del decreto delegato, che assume la denominazione di esecutivo, mediante il quale la Conferenza stessa esercita le proprie funzioni di indirizzo e valutazione. La Conferenza dei sindaci adegua il proprio regolamento alle disposizioni della presente legge e a quelle recate, in materia di riordino dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari integrati, dalla l.r. n. 72/1997.

2. La Conferenza dei sindaci approva, entro il termine di cui all'articolo 25, comma 7, il piano attuativo locale predisposto dal direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, degli indirizzi generali impartiti dalla

Giunta regionale e degli indirizzi specifici impartiti dall'esecutivo della stessa Conferenza. Entro la stessa data la Conferenza dei sindaci esprime parere sul piano attuativo dell'Azienda ospedaliera del bacino di riferimento.

3. Nel regolamento di cui al comma 1, sono individuate le modalità per la scelta del presidente della Conferenza e per la formazione dell'esecutivo. La disciplina per il funzionamento della Conferenza dei sindaci deve consentire l'effettiva partecipazione dei rappresentanti di tutti i comuni delle zone all'esercizio delle funzioni attribuite alla Conferenza ed al suo esecutivo. L'esecutivo è composto dal presidente della Conferenza che lo presiede, e da quattro sindaci individuati in modo da garantire la presenza di almeno un sindaco per ciascuna zona. Il regolamento di cui al comma 1 prevede la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente.

4. Al fine di concorrere all'esercizio delle funzioni della Conferenza dei sindaci, di cui ai commi⁽³⁾ 1, 2 e 3, sono costituite Articolazioni zonali della Conferenza composte da tutti i sindaci dei comuni facenti parte di ogni zona. Il funzionamento della Conferenza in riferimento all'Articolazione zonale è disciplinato dal regolamento di cui al comma 1. Ogni Articolazione zonale della Conferenza elegge il proprio presidente. Il presidente della Conferenza presiede anche l'Articolazione zonale della quale fa parte il comune ove ricopre la carica di sindaco. L'Articolazione zonale rimette all'esecutivo della Conferenza dei sindaci osservazioni e proposte sul piano attuativo locale.

5. L'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci di cui al comma 4, esercita le proprie funzioni per l'elaborazione e l'approvazione del piano zonale di assistenza sociale di cui alla l.r. n. 72/1997. A tale scopo, la provincia partecipa alla Articolazione zonale per l'integrazione con i programmi e gli interventi specifici di propria competenza.

6. Ai fini di cui al comma 5, il regolamento della Conferenza dei sindaci, è integrato con la disciplina concernente il funzionamento dell'Articolazione zonale e le procedure di approvazione del piano zonale di assistenza sociale.

7. La Conferenza dei sindaci si riunisce in sede plenaria almeno in occasione dell'esame degli atti di bilancio, dell'emanazione degli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale e della relativa approvazione, in occasione del confronto con la Giunta regionale sulla nomina del direttore generale delle Aziende sanitarie nonché per avanzare la proposta di revoca del medesimo di cui all'articolo 3 bis, comma 7, del decreto delegato.

8. Il direttore generale assicura i rapporti tra l'A-

zienda sanitaria e la Conferenza dei sindaci. Il direttore generale è tenuto a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della Conferenza su invito del presidente. Il direttore generale assicura i rapporti con l'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci in modo diretto o, per le materie da esso delegate, tramite il responsabile di zona. Il responsabile di zona è tenuto a partecipare alle sedute dell'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci su invito del presidente.

9. L'Azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per le Conferenze dei sindaci e le Articolazioni zonali di cui al comma 4. Le Conferenze dei sindaci e le loro Articolazioni zonali sono supportate da una segreteria incaricata dell'assistenza tecnica ai lavori e della predisposizione dell'istruttoria, nonché degli adempimenti connessi alle decisioni, alle relazioni, agli ordini del giorno e ai verbali delle riunioni. Il personale della segreteria è messo a disposizione dai comuni, dalle Aziende unità sanitarie locali e, per quanto di loro competenza, dalle province. È fatto obbligo al direttore generale, d'intesa con il presidente della Conferenza dei sindaci, di dare attuazione per quanto di competenza al disposto del presente comma.

Art. 17 Università

1. Le università toscane contribuiscono, per quanto di competenza, all'elaborazione degli atti della programmazione regionale.

2. La Regione, nell'ambito del piano sanitario vigente, elabora protocolli d'intesa con l'università, per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del Servizio sanitario regionale e l'apporto dello stesso servizio alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie dell'università e del Servizio sanitario nazionale. A tal fine è costituito il comitato per l'intesa formato dal Presidente della Giunta regionale e dai rettori delle università.

3. Nell'individuazione della dislocazione delle strutture del Servizio sanitario regionale, gli atti della programmazione regionale tengono conto delle strutture universitarie, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 517/1999. L'attuazione dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali è disciplinata dallo statuto aziendale, nonché da eventuali accordi previsti dallo statuto medesimo; per le attività formative gli accordi attuativi sono stipulati tra l'università e le Aziende sanitarie interessate.

4. Per la predisposizione dei protocolli di intesa è costituita apposita commissione con funzioni di supporto tecnico per il comitato di cui al comma 2; la commis-

sione è formata da rappresentanti della Regione, delle università e delle Aziende interessate. Le rappresentanze sono designate, per le parti di rispettiva competenza, dai membri del comitato e dai direttori generali delle Aziende. Le rappresentanze delle Aziende ospedaliere sono designate in maniera da assicurare la pariteticità tra la componente ospedaliera e quella universitaria all'interno della commissione. Alle attività della commissione partecipano, ai fini della individuazione degli specifici fabbisogni formativi, nonché per l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2 e 3, del decreto delegato, rappresentanti degli Ordini e dei Collegi professionali competenti.

5. I protocolli d'intesa, nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto delegato, dal decreto legislativo 517/1999 e dagli atti della programmazione sanitaria regionale, nonché tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, indirizzano e vincolano, nelle aree di seguito indicate, lo statuto delle Aziende ospedaliere e gli accordi attuativi tra Aziende sanitarie e università, attraverso l'individuazione:

- a) relativamente alle attività assistenziali, degli elementi costitutivi delle Aziende ospedaliere, dei criteri di costituzione delle strutture organizzative⁽³⁾ di cui all'articolo 52, comma 5 e 6, nonché degli ulteriori contenuti che caratterizzano i rapporti tra università e Servizio sanitario regionale, individuati dal decreto legislativo 517/1999 e dagli atti della programmazione sanitaria regionale;
- b) relativamente alle attività formative:
 - 1) dei criteri per la determinazione degli apporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo delle strutture del Servizio sanitario regionale;
 - 2) dei criteri per l'individuazione e l'organizzazione sulla base degli ordinamenti didattici vigenti, delle scuole e dei corsi di formazione;
 - 3) dei criteri per la ripartizione degli oneri.

Art. 18

Enti di ricerca e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

1. I rapporti tra la Regione, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e gli Enti di ricerca, le cui attività istituzionali sono concorrenti con le finalità del Servizio sanitario regionale, sono definiti sulla base di specifici protocolli stipulati dal Presidente della Giunta regionale e dai rappresentanti istituzionali degli enti medesimi; i protocolli sono adottati nell'ambito del piano sanitario regionale vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario.

2. I rapporti convenzionali per le attività assistenziali tra il Servizio sanitario regionale, gli Istituti di ricove-

ro e cura a carattere scientifico e gli Enti di ricerca, sono instaurati tra le Aziende sanitarie e gli enti medesimi sulla base dei protocolli d'intesa di cui al comma 1.

Art. 19

Partecipazione dei cittadini e tutela dei diritti dell'utenza

1. La Regione promuove e verifica le condizioni per la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni rappresentative.

2. È competenza della Regione, nell'ambito del piano sanitario regionale:

a) assicurare il coordinamento ed il monitoraggio delle attività relative alla definizione degli indicatori ed alla verifica degli standard di qualità di cui all'articolo 14, comma 1, del decreto delegato;

b) sovrintendere al processo di attuazione delle carte dei servizi, anche impartendo direttive per la loro omogenea definizione e linee guida per la necessaria integrazione tra le Aziende sanitarie dello stesso ambito territoriale;

c) impartire direttive alle Aziende sanitarie, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la condizione fondamentale per assicurare ai cittadini l'esercizio della libera scelta nell'accesso alle strutture sanitarie e la partecipazione alla verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, verificandone annualmente i risultati;

d) definire i criteri e le modalità di partecipazione autonoma e collaborativa dei cittadini, delle loro organizzazioni, nonché degli organismi di volontariato e di tutela, alle iniziative di verifica della funzionalità e della qualità dei servizi al livello delle Aziende sanitarie;

e) definire linee guida per la convocazione della conferenza dei servizi;

f) definire i contenuti obbligatori dei protocolli d'intesa tra Aziende sanitarie e le organizzazioni rappresentative dei cittadini.

3. La Regione individua quali specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati:

a) la carta dei servizi di cui alla legge 11 luglio 1995, n. 273 (Misure urgenti per la semplificazione dei procedimenti amministrativi e per il miglioramento dell'efficienza delle pubbliche amministrazioni);

b) la conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del decreto delegato;

c) i protocolli d'intesa di cui al comma 7 del medesimo articolo 14 del decreto delegato.

4. Le Aziende sanitarie approvano e aggiornano annualmente la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti.

5. 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. La carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi.

6. Le Aziende assicurano specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un apposito piano di comunicazione aziendale finalizzato a promuovere la conoscenza da parte di tutti i soggetti interni ed esterni dei contenuti della carta e della relativa attuazione.

7. Le Aziende sanitarie ai fini di cui al comma 6 assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, e si dotano di un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti.

8. Le Aziende sanitarie individuano la collocazione, i compiti e le funzioni dell'ufficio relazioni con il pubblico.

9. Le Aziende sanitarie costituiscono appositi punti informativi, a disposizione degli utenti sulle prestazioni erogate nell'ambito del territorio di riferimento, e per un orientamento sull'accesso alle prestazioni erogate nell'ambito della regione. A tal fine le Aziende sanitarie hanno l'obbligo di coordinare ed integrare le attività dirette all'informazione dei cittadini.

10. Le carte dei servizi sono sottoposte a verifica periodica, almeno annuale, nell'ambito della conferenza dei servizi di cui al comma 11.

11. Il direttore generale d'intesa con la Conferenza dei sindaci indice una conferenza dei servizi al fine di verificare l'attuazione della carta dei servizi rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

12. Alla conferenza dei servizi partecipano i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato i protocolli di intesa di cui al comma 13.

13. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le Aziende sanitarie e le associazioni di volontariato e di tutela stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì la concessione in uso di locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. I contenuti obbligatori di tali protocolli sono individuati con atto della Giunta regionale.

14. Il rispetto di quanto previsto dai commi 4, 11 e 13

costituisce elemento di valutazione dell'attività del direttore generale.

Art. 20

Rapporti con il volontariato, l'associazionismo e la cooperazione sociale

1. I rapporti fra le associazioni di volontariato, le cui attività concorrono con le finalità del Servizio sanitario regionale, ed il Servizio sanitario medesimo, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti.

2. L'associazionismo e la cooperazione sociale concorrono, nell'ambito delle loro competenze e con gli strumenti di cui alle vigenti leggi regionali, alla realizzazione delle finalità del Servizio sanitario regionale e alle attività di assistenza sociale.

Capo III

Procedimento di programmazione - gli strumenti

Art. 21

Piano sanitario regionale

1. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, in conformità al piano sanitario nazionale, nell'ambito del programma regionale di sviluppo e delle relative politiche generali di bilancio, definisce gli obiettivi di politica sanitaria regionale ed adegua l'organizzazione del Servizio sanitario regionale in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, rilevati attraverso la relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 23 e attraverso idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, individuati anche su iniziativa dell'ARS.

2. Il piano sanitario regionale è adottato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria regionale, nell'anno antecedente al triennio al quale si riferisce la programmazione. La Giunta regionale trasmette la proposta di piano al Consiglio regionale e al Ministro della sanità, allo scopo di acquisirne il parere di cui all'articolo 1, comma 14, del decreto delegato.

3. Il piano sanitario regionale è adottato nel rispetto delle norme in materia di programmazione regionale di cui alla l.r. 11 agosto 1999, n. 49. Il piano ed i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.

Art. 22

Contenuti del piano sanitario regionale

1. Il piano sanitario regionale individua per il trien-

nio di riferimento gli obiettivi e le linee di governo del Servizio sanitario regionale e definisce in particolare:

a) i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, quali prestazioni da garantire in termini di equità a tutti i soggetti di cui all'articolo 3. I livelli di assistenza, tenuto conto delle disponibilità finanziarie, sono assicurati in condizioni uniformi sul territorio regionale e sono definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici e strutturali;

b) le risorse finanziarie disponibili per ciascun anno del triennio;

c) i criteri di quantificazione ed impiego delle risorse di cui all'articolo 7, comma 1 lettere b), c), d), e), f) e g);

d) i criteri di riparto delle risorse finanziarie di cui all'articolo 7, comma 1, lettera a), alle Aziende unità sanitarie locali, avuto riguardo specificatamente alle zone montane e insulari e alla compensazione della mobilità sanitaria;

e) i programmi regionali finalizzati alla valorizzazione e alla qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane;

f) le quote di anticipazione di cassa alle Aziende ospedaliere;

g) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle Aziende sanitarie;

h) i progetti obiettivo da realizzare tramite l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e di quelli di assistenza sociale di competenza degli Enti locali;

i) i criteri per la definizione degli atti della concertazione e per la disciplina della contrattazione con i soggetti privati accreditati;

l) le azioni programmate di rilievo regionale, anche articolate per poli;

m) gli strumenti per l'integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute;

n) il repertorio delle funzioni operative e le soglie di costituzione delle corrispondenti strutture organizzative, nonché i margini di flessibilità nel loro utilizzo ai sensi dell'articolo 52;

o) gli strumenti finalizzati allo sviluppo delle Aziende a sistema e della rete dei servizi;

p) i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe anche in relazione alle diverse tipologie dei soggetti erogatori;

q) i criteri per l'erogazione di prestazioni alla popolazione delle zone di confine, attraverso la previsione di appositi accordi convenzionali interaziendali con le Aziende sanitarie extraregionali interessate;

r) le modalità di raccordo funzionale tra i dipartimenti di prevenzione e l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle regioni Lazio e Toscana;

s) i criteri e le modalità di controllo dell'attuazione del piano medesimo;

t) i criteri per l'individuazione delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogabili in forma indiretta e della misura del rimborso a carico del

Servizio sanitario regionale, secondo il disposto dell'articolo 8-septies del decreto delegato.

2. I contenuti del piano sanitario regionale hanno valore di indirizzo, direttiva, prescrizione e vincolo, secondo quanto espressamente disposto dal piano medesimo.

Art. 23

Relazione sanitaria regionale

1. La relazione sanitaria regionale valuta, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali di cui all'articolo 26, lo stato di salute della popolazione ed i risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario regionale.

2. La Giunta regionale predispose la relazione sanitaria regionale e la trasmette ogni anno, entro il 30 ottobre, al Consiglio regionale.

3. La Giunta trasmette la relazione medesima alla Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria al fine di cui all'articolo 15, comma 3.

4. Il Consiglio regionale esamina la relazione sanitaria regionale e formula indirizzi alla Giunta medesima anche al fine dell'aggiornamento degli strumenti di programmazione.

Art. 24

Piano sanitario regionale. Attuazione

1. Il piano sanitario regionale trova attuazione attraverso la programmazione sanitaria aziendale. L'atto di programmazione sanitaria aziendale è il piano attuativo.

2. La Giunta regionale:

a) indirizza la formazione dei piani attuativi e delle relazioni sanitarie aziendali, anche attraverso l'emana-
zione di linee guida a carattere tecnico operativo e di
schemi tipo per la redazione degli elaborati;

b) controlla la conformità dei piani attuativi delle
Aziende unità sanitarie locali alle disposizioni del piano
sanitario regionale, emanando eventuali prescrizioni di
adeguamento;

c) controlla, attraverso le relazioni sanitarie azienda-
li, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati
attesi previsti dai piani attuativi;

d) può attivare apposite iniziative nell'ambito delle
proprie competenze in materia di vigilanza e controllo,
anche sulla base delle risultanze della relazione trimestra-
le del direttore generale di cui all'articolo 36, comma 4.

Art. 25

Piani attuativi

1. Il piano attuativo è l'atto di programmazione con

il quale le Aziende sanitarie, nei limiti delle risorse dis-
ponibili e dei vincoli del piano sanitario regionale, pro-
grammano l'attività da svolgere nel periodo di vigenza
del piano sanitario regionale.

2. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi
annuali di attività.

3. Le Aziende sanitarie adottano il piano attuativo e
contestualmente il programma di attività del primo anno,
quale parte integrante del piano attuativo stesso, nel
rispetto dei termini e con le modalità indicate ai commi
da 6 a 15; i termini prescritti per l'elaborazione, l'ado-
zione, la verifica di conformità e l'approvazione dei
piani attuativi sono da riferire al primo anno di vigenza
del piano sanitario regionale.

4. Il piano attuativo, in esecuzione di quanto previsto
dagli atti di programmazione regionale, sulla base degli
indirizzi della Giunta regionale e per le Aziende unità
sanitarie locali, anche sulla base degli indirizzi formula-
ti dalla Conferenza dei sindaci, definisce:

a) le attività da svolgere, determinate in rapporto agli
obiettivi ed ai livelli di assistenza da garantire ed attri-
buite alle proprie strutture, specificando le risorse finan-
ziarie previste per ciascun livello di assistenza;

b) i livelli di qualità delle prestazioni assistenziali e
le modalità di fruizione dei servizi;

c) i livelli di integrazione tra servizi sociali e sanitari
e le modalità di realizzazione dei progetti obiettivo;

d) le modalità ed i termini di attuazione delle azioni
programmate, anche ai fini della individuazione dei rela-
tivi percorsi assistenziali;

e) gli strumenti per lo sviluppo dei servizi ospedalie-
ri in rete in ambito aziendale ed interaziendale;

f) le azioni conseguenti agli impegni assunti in sede
di adozione e aggiornamento annuale della carta dei ser-
vizi;

g) le forme della partecipazione dei cittadini e delle
organizzazioni rappresentative degli utenti.

5. Il piano attuativo indica altresì:

a) gli obiettivi e i risultati di gestione da garantire
attraverso l'utilizzo del sistema di budget;

b) gli strumenti ed i sistemi per il controllo qualitati-
vo e gestionale dei risultati;

c) l'attribuzione delle risorse alle proprie strutture
organizzative⁽³⁾ e i settori e le quote di attività per le
quali sono previste iniziative di concertazione intera-
ziendale e di contrattazione con istituzioni pubbliche e
private, prevedendone gli esiti organizzativi, economici
e finanziari;

d) le necessità di risorse materiali e di personale e le
modalità del loro reperimento;

e) i piani di investimento per il potenziamento e
l'ammodernamento strutturale e per l'acquisizione di te-

cnologie sulla base delle risorse assegnate e di quelle comunque disponibili a questo fine.

6. La Giunta regionale entro il 30 gennaio emana gli indirizzi per la stesura dei piani attuativi ai sensi dell'articolo 24, comma 2, lettera a).

7. La Conferenza dei sindaci, tramite il suo esecutivo, detta alle Aziende unità sanitarie locali gli indirizzi per l'elaborazione dei piani attuativi locali entro il 1 marzo.

8. Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo entro il 30 aprile, anche a seguito delle concertazioni di area vasta. Entro lo stesso termine, il direttore generale trasmette il piano attuativo locale alla Conferenza dei sindaci che lo approva entro il 30 giugno.

9. La Conferenza dei sindaci comunica immediatamente al direttore generale l'intervenuta approvazione.

10. Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale trasmette entro dieci giorni dalla comunicazione dell'intervenuta approvazione o, in caso di mancata approvazione, decorsi dieci giorni dal termine del 30 giugno, il piano attuativo e le determinazioni della Conferenza dei sindaci, alla Giunta regionale che ne verifica la conformità al piano sanitario regionale entro quaranta giorni dal ricevimento.

11. Nel caso di mancata approvazione da parte della Conferenza dei sindaci, la Giunta regionale, valutata la conformità del piano attuativo al piano sanitario regionale, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

12. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera adotta il piano attuativo ospedaliero entro il 31 maggio, anche a seguito delle concertazioni di area vasta promosse su iniziativa della Giunta regionale.

13. Entro il termine del 31 maggio di cui al comma 12 il direttore generale trasmette il piano attuativo alle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento che entro il 30 giugno esaminano gli elaborati.

14. Decorsi dieci giorni dal termine di cui al comma 13, il direttore generale trasmette alla Giunta regionale il piano attuativo corredato dalle eventuali osservazioni delle Conferenze dei sindaci.

15. La Giunta regionale approva il piano attuativo delle Aziende ospedaliere entro quaranta giorni dal ricevimento.

16. Per gli anni successivi al primo anno di vigenza

del piano sanitario regionale, i direttori generali delle Aziende sanitarie adottano il programma annuale di attività.

17. Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale adotta i programmi annuali di cui al comma 16 entro il 30 settembre degli anni precedenti a quelli di riferimento, trasmettendoli entro lo stesso termine alla Conferenza dei sindaci, che li approva entro il 30 ottobre dandone immediata comunicazione al direttore generale. Entro i dieci giorni successivi alla comunicazione dell'avvenuta approvazione, il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che procede al controllo di conformità entro quaranta giorni dal ricevimento. Ove la Conferenza dei sindaci non provveda all'approvazione entro il 30 ottobre, decorsi dieci giorni, il direttore generale trasmette il programma annuale, corredato dalle eventuali determinazioni assunte dalla Conferenza, alla Giunta regionale che, valutata la conformità del piano annuale al piano sanitario regionale, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

18. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera adotta i piani annuali di cui al comma 16 entro il 30 settembre degli anni precedenti a quelli di riferimento, trasmettendoli, entro lo stesso termine, alle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento che inviano, entro il 30 ottobre, le proprie osservazioni al direttore generale; decorsi dieci giorni dalla scadenza del termine del 30 ottobre, il direttore generale trasmette alla Giunta regionale il programma annuale di attività, corredato delle osservazioni delle Conferenze dei sindaci. La Giunta regionale approva il piano attuativo della Azienda ospedaliera entro quaranta giorni dal ricevimento.

19. La Giunta regionale e la Conferenza dei sindaci, per quanto di rispettiva competenza, possono, a fronte di accertate esigenze che richiedano sostanziali modifiche dei piani attuativi, modificare le direttive di cui ai commi 6 e 7, anche indirizzando i piani annuali; i nuovi indirizzi devono essere tempestivamente formulati al fine di assicurare che i medesimi siano recepiti nei termini e attraverso gli strumenti previsti.

Art. 26

Relazione sanitaria aziendale

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di verifica dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale. Essa costituisce pertanto atto rilevante per la programmazione sanitaria aziendale e regionale.

2. La relazione sanitaria aziendale è adottata dal direttore generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, sviluppando la partecipazione

delle strutture organizzative e dei relativi responsabili, ed è sottoposta al parere del consiglio dei sanitari.

3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa dalle Aziende unità sanitarie locali alla Giunta regionale ed alla Conferenza dei sindaci; la relazione è trasmessa da parte delle Aziende ospedaliere alla Giunta regionale ed alla Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria. La Conferenza permanente e la Conferenza dei sindaci esprimono le proprie valutazioni entro quindici giorni dall'acquisizione delle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale.

4. Le Aziende sanitarie trasmettono la relazione sanitaria ai fini di cui al comma 3, entro trenta giorni dalla data dei 30 aprile indicata al comma 2.

Art. 27 Fondazioni

1. La Giunta regionale può promuovere, secondo le norme del codice civile, la costituzione di fondazioni aventi i seguenti scopi:

a) sostenere la spesa per prestazioni mediche, chirurgiche e riabilitative di alta specializzazione, che non siano già ricomprese nelle categorie disciplinate dalla normativa vigente, da erogarsi presso Aziende sanitarie regionali in favore di cittadini extracomunitari ed apolidi, che non siano in grado di sostenere i relativi oneri;

b) promuovere e sostenere gli obiettivi, le attività ed i programmi della Banca Regionale dei Tessuti e delle Cellule.

2. Le prestazioni di cui al comma 1, non erogabili né rimborsabili da parte dei paesi di origine, devono essere riconosciute clinicamente urgenti o comunque necessarie ad evitare menomazioni psicofisiche gravi o irreversibili alle persone. Le stesse prestazioni non devono, inoltre, essere ricomprese nei programmi assistenziali approvati dalla Regione ai sensi dell'articolo 32, comma 15 della legge 27 dicembre 1997, n. 449 (Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica).

Art. 28 Fondo sanitario regionale

1. Il fondo sanitario regionale, così come determinato annualmente con legge di bilancio, è finalizzato a finanziare:

a) il fondo di gestione delle Aziende unità sanitarie locali di cui all'articolo 7 lettera a), con il quale fare fronte agli oneri relativi all'attività svolta dall'Azienda nei confronti dei cittadini in essa residenti, nonché all'attività erogata da parte di altri produttori pubblici e privati accreditati, remunerati a prestazione attraverso il sistema tariffario; il finanziamento della mobilità sanitaria dei

cittadini tra Aziende sanitarie è assicurato attraverso lo strumento delle compensazioni finanziarie regionali ed interregionali e delle convenzioni dirette interaziendali;

b) programmi di attività per funzioni obbligatorie non valutabili a prestazione, previsti dalla presente legge o per quelli ulteriori individuati dal piano sanitario regionale;

c) programmi interaziendali di interesse regionale di razionalizzazione e qualificazione dell'offerta, proposti dalle Aziende sanitarie;

d) programmi di interesse generale gestiti, anche in modo diretto, dalla Regione;

e) specifici progetti o programmi individuati dagli (3) atti di programmazione regionale;

f) un fondo per sostenere i programmi regionali finalizzati alla valorizzazione e qualificazione dell'assistenza sanitaria nelle zone insulari e montane;

g) quota parte dell'attività dell'ARPAT ai sensi dell'articolo 25 della l.r. 18 aprile 1995, n. 66 e successive modificazioni;

h) il funzionamento dell'ARS, di cui all'articolo 68;

i) il funzionamento del CSR di cui all'articolo 88;

l) un fondo di riserva pari all'1 per mille dell'intero fondo, trattenuto ai sensi dell'articolo 51 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del Servizio sanitario nazionale);

m) la partecipazione alla costituzione delle fondazioni di cui all'articolo 27.

Art. 29 Determinazione del fabbisogno e relativi adempimenti

1. Annualmente la Giunta regionale procede:

a) alla determinazione del fabbisogno finanziario del Servizio sanitario regionale nel triennio di riferimento del piano sanitario regionale, tenuto conto dell'andamento a livello regionale dei costi, dei fattori produttivi e dei tassi di inflazione programmati a livello nazionale;

b) alla stima delle risorse finanziarie disponibili;

c) alla individuazione di eventuali manovre da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse, ivi compresa la proposta di eventuali apporti aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

d) alla assegnazione finanziaria delle risorse disponibili alle Aziende sanitarie;

e) ad emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle Aziende sanitarie;

f) alla assegnazione finanziaria delle risorse di cui all'articolo 28, comma 1, lettera l);

2. La determinazione di cui al comma 1 è effettuata altresì in riferimento al fabbisogno complessivo per gli investimenti sulla base delle effettive necessità di mantenimento e sviluppo del patrimonio strumentale e strutturale, tenuto conto delle risorse in conto capitale disponibili a carico del fondo sanitario nazionale o di quelle comunque attribuite dallo stato.

Art. 30

Finanziamento delle Aziende unità sanitarie locali

1. Annualmente la Giunta regionale provvede, sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale, alla assegnazione alle Aziende unità sanitarie locali della quota del fondo sanitario regionale di cui all'articolo 28, comma 1, lettera a).

2. L'assegnazione, è disposta per quota capitaria secondo gli indici di accesso determinati dal piano sanitario regionale sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione e della distribuzione territoriale degli stessi.

3. La Giunta regionale assegna inoltre alle Aziende unità sanitarie locali l'eventuale quota dei fondi di cui all'articolo 28, comma 1, lettere b), c), d), e) e f) relativa al finanziamento di attività svolte dalle Aziende unità sanitarie locali medesime.

4. Gli enti locali possono provvedere annualmente ad attribuire all'Azienda unità sanitaria locale risorse finanziarie volte a coprire interamente i costi di specifici programmi di attività, relativi a servizi sanitari territoriali di zona aggiuntivi o integrativi rispetto a quelli erogati a carico del fondo sanitario regionale.

Art. 31

Finanziamento delle Aziende ospedaliere

1. Il finanziamento delle Aziende ospedaliere avviene in relazione al volume delle prestazioni erogate, valorizzate sulla base delle tariffe massime fissate dalla Regione, ai sensi della normativa vigente, ovvero sulla base delle valorizzazioni concordate tra le Aziende nell'ambito delle concertazioni di area vasta.

2. La Giunta regionale provvede annualmente ad anticipare alle Aziende ospedaliere, nella misura determinata dal piano sanitario regionale, ai sensi dell'articolo 4 del decreto delegato, una quota del fondo assegnato alle Aziende unità sanitarie locali ai sensi dell'articolo 28 in proporzione alla mobilità sanitaria registrata nell'esercizio precedente valorizzata ai sensi del comma 1.

3. La Giunta regionale provvede, altresì, ad assegnare alle Aziende ospedaliere sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale la quota di fondi di cui all'articolo 28, comma 1, lettere b), c), d) ed e) relativa al finanziamento di attività svolte dalle Aziende ospedaliere medesime.

Art. 32

Finanziamento della mobilità sanitaria

1. Le prestazioni erogate al cittadino nell'ambito dei

livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti dal piano sanitario regionale sono finanziariamente a carico dell'Azienda unità sanitaria locale di residenza del cittadino e l'istituzione privata o pubblica, diversa dall'Azienda unità sanitaria locale di residenza, che ha eventualmente provveduto alla erogazione, è remunerata nella misura conseguente all'applicazione del sistema tariffario definito dalla Regione.

2. Per prestazioni residenziali di ricovero non ospedaliero, nel caso di cambiamento di residenza dell'utente, in applicazione del d.p.r. 30 maggio 1989, n. 223, la Giunta regionale può disciplinare il permanere della titolarità dei relativi oneri alla Azienda unità sanitaria locale di residenza al momento del ricovero avendo a riferimento la durata del ricovero e la residenza del nucleo familiare di appartenenza.

3. Gli scambi finanziari così determinati possono avvenire in forma diretta, sulla base di apposite convenzioni o rapporti, ovvero su base regionale, attraverso procedure di compensazione regionali.

4. La Giunta regionale provvede a disciplinare le modalità e le procedure per regolare il sistema degli accordi diretti interaziendali e quello delle compensazioni regionali, in base allo sviluppo dei sistemi informativi e delle procedure di controllo, anche in relazione alle disposizioni emanate a livello nazionale circa le modalità di compensazione della mobilità sanitaria interregionale.

5. La valorizzazione delle prestazioni, ancorché gestite tramite compensazioni regionali, è definita dalle convenzioni e dai rapporti tra Aziende sanitarie e tra queste e le istituzioni private, e non può comunque essere superiore alle tariffe massime definite dalla Regione. In assenza di accordi convenzionali, si applicano le tariffe massime regionali.

6. La Giunta regionale, in relazione alle risorse disponibili ed alla attuazione della programmazione regionale, può sottoporre il sistema di erogazione delle prestazioni da parte delle Aziende sanitarie e delle istituzioni private a vincoli quantitativi circa il volume delle prestazioni ammesse, ovvero a vincoli finanziari tramite la determinazione di tetti di spesa. I suddetti vincoli possono interessare sia le prestazioni erogate a cittadini direttamente nel territorio di propria competenza da parte delle Aziende unità sanitarie locali e delle istituzioni private, sia le prestazioni erogate in regime di compensazione della mobilità sanitaria regionale.

Art. 33

Autofinanziamento aziendale tramite tariffe

1. Le Aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini

istituzionali e nell'interesse pubblico, possono fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, definendone in tal caso le modalità di valorizzazione, a carico delle istituzioni pubbliche o private o dei privati cittadini nei confronti dei quali le stesse sono erogate, tramite apposite tariffe determinate dall'Azienda sulla base dei costi onnicomprensivi sostenuti.

2. Le Aziende sanitarie possono altresì erogare prestazioni previste dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza in regime di libera professione dei dipendenti, prevedendone la valorizzazione tariffaria sulla base delle direttive e dei vincoli appositamente disposti dalla Giunta regionale in conformità alla legislazione vigente.

Art. 34

Approvazione degli atti fondamentali delle Aziende sanitarie

1. Sono soggetti al controllo della Giunta regionale gli atti di cui all'articolo 12, comma 3, che acquistano efficacia dopo l'approvazione. La Giunta regionale trasmette tali atti al Consiglio regionale.

2. Entro quaranta giorni dal ricevimento degli atti di cui al comma 1, la Giunta regionale delibera l'approvazione dei medesimi oppure, previa convocazione del direttore generale, la richiesta di modifiche. Nel caso di richiesta di modifiche la Giunta regionale assegna un termine per gli adempimenti, decorso infruttuosamente il quale l'atto si intende decaduto.

3. Sugli atti adottati dalle Aziende sanitarie a seguito di richiesta di modifiche, la Giunta regionale si pronuncia definitivamente entro trenta giorni dal ricevimento delle stesse.

TITOLO IV Ordinamento

Capo I Funzioni gestionali

Art. 35 Organi

1. Gli organi delle Aziende unità sanitarie locali sono:
a) il direttore generale;
b) il collegio sindacale.

2. Gli organi delle Aziende ospedaliere sono quelli indicati dall'articolo 4 del decreto legislativo 517/1999.

3. L'organo di indirizzo è composto da cinque membri; il presidente è nominato dal Presidente della Giunta

regionale d'intesa con il rettore dell'università interessata.

Art. 36

Funzioni e competenze del direttore generale

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza delle Aziende sanitarie ai sensi degli articoli 3 e 3 bis del decreto delegato. Il direttore generale è tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'Azienda; a tal fine adotta lo statuto aziendale.

2. Il direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente ovvero delegandole nelle forme e secondo le modalità previste dallo statuto aziendale.

3. È riservata al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:

a) la nomina, la sospensione e la decadenza del direttore amministrativo e del direttore sanitario previsti dall'articolo 3 bis, comma 8, del decreto delegato; l'incarico, la sospensione e la sostituzione del responsabile di zona e del coordinatore dei servizi sociali per le Aziende unità sanitarie locali;

b) la nomina dei membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del collegio, ai sensi dell'articolo 3, comma 13, del decreto delegato;

c) la nomina dei direttori o dei responsabili delle strutture ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali;

d) lo statuto aziendale;

e) gli atti di bilancio;

f) i piani attuativi;

g) la relazione sanitaria aziendale;

h) i provvedimenti che comportano modificazioni dello stato patrimoniale dell'Azienda;

i) la costituzione delle società di cui all'articolo 11, comma 5.

4. Il direttore generale invia alla Giunta regionale una relazione trimestrale sull'attività svolta. La Giunta regionale contestualmente all'invio della relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 23, informa la sede consiliare competente sull'andamento dell'attività gestionale delle Aziende sanitarie.

Art. 37

Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale

1. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale tra gli aspiranti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 bis comma 3, del decreto delegato e che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, su conforme deliberazione della Giunta medesima, previo confronto, per le Aziende unità sanita-

rie locali, con la Conferenza dei sindaci, e per le Aziende ospedaliere, con i presidenti delle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento.

2. Alla nomina del direttore generale delle Aziende ospedaliere di cui all'articolo 10, provvede il Presidente della Giunta regionale, ai sensi del disposto del comma 1, su conforme deliberazione della Giunta medesima, acquisita l'intesa con il rettore dell'università interessata.

3. La nomina interviene previo specifico avviso, da pubblicare, a cura della Giunta regionale, nel Bollettino ufficiale della Regione Toscana e nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato secondo quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 8, del decreto delegato, tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale nominato. La stipula del contratto deve intervenire entro quindici giorni dalla nomina, e comunque, entro sessanta giorni dalla vacanza dell'ufficio.

5. Gli oneri derivanti dall'applicazione del contratto sono a carico del bilancio dell'Azienda; sono altresì a carico del bilancio dell'Azienda gli oneri di cui all'articolo 3 bis, comma 11, del decreto delegato. Non può gravare sul bilancio dell'Azienda altro onere a titolo di compenso o rimborso spese per il direttore generale, salvo quelli espressamente previsti dalla legislazione vigente.

6. Alla scadenza del termine stabilito dal contratto, il rapporto di lavoro si risolve.

7. Il Presidente della Giunta regionale, prima della scadenza del termine del contratto può, previa deliberazione della Giunta medesima e valutato l'operato del direttore generale, procedere alla conferma dell'incarico ed alla stipula del nuovo contratto. Al rinnovo del contratto del direttore generale delle Aziende sanitarie si provvede con le procedure di cui al comma 1.

8. La nomina dei direttori generali è preceduta da un confronto nella sede consiliare competente.

Art. 38

Incompatibilità e cause di decadenza e revoca del direttore generale

1. Oltre alle ipotesi di decadenza e revoca dalla nomina del direttore generale previste all'articolo 3 e seguenti del decreto delegato, è causa di decadenza dalla nomina il superamento del settantesimo anno di età. La pronuncia della decadenza e della revoca comportano la risoluzione di diritto del contratto con il direttore generale.

2. La sussistenza o la sopravvenienza degli impedimenti di cui all'articolo 3, comma 11, del decreto delegato, è sempre causa di decadenza del direttore generale dalla nomina.

3. La decadenza dalla nomina è pronunciata dal Presidente della Giunta regionale su conforme deliberazione della Giunta medesima.

4. Qualora la decadenza sia dichiarata per i motivi di cui all'articolo 3 bis, comma 7, del decreto delegato, la Giunta regionale acquisisce per il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale il parere della Conferenza dei sindaci e, per il direttore generale dell'Azienda ospedaliera, il parere dei presidenti delle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento, nonché l'intesa con il rettore dell'università interessata.

5. Trascorsi inutilmente dieci giorni dalla richiesta dei pareri di cui al comma 4, il Presidente della Giunta regionale può comunque pronunciare la decadenza.

6. La Giunta regionale prescinde dai pareri nei casi di particolare gravità ed urgenza e nell'ipotesi di commissariamento aziendale.

7. La Conferenza dei sindaci, ovvero, per le Aziende ospedaliere, i presidenti delle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, possono chiedere alla Giunta regionale di revocare il direttore generale o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto.

8. Per le Aziende ospedaliere i protocolli d'intesa di cui all'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 517/1999 tra Regione e università disciplinano i procedimenti di verifica dei risultati dell'attività dei direttori generali e le relative procedure di conferma e revoca, sulla base dei principi di cui all'articolo 3 bis del decreto delegato.

9. Il Presidente della Giunta regionale accerta la sussistenza delle condizioni di incompatibilità del direttore generale al momento della nomina.

10. Al direttore generale si applicano le disposizioni previste per i consiglieri regionali dall'articolo 11 della legge regionale 29 agosto 1983, n. 68.

11. Il rilievo di eventuali incompatibilità è contestato, in qualunque momento, dal Presidente della Giunta regionale al direttore generale il quale, entro dieci giorni dal ricevimento della comunicazione, provvede a rimuoverne le cause, dandone notizia al Presidente della Giunta regionale. Decorso tale termine senza che le cause siano state rimosse, il direttore generale è dichiarato decaduto.

12. Nei casi di decadenza o revoca al direttore generale subentra il direttore più anziano, per età, tra il direttore amministrativo e il direttore sanitario, fino alla nomina del nuovo direttore generale.

13. In alternativa alla ipotesi di cui al comma 12, la Giunta regionale può procedere, in casi di particolare gravità, al commissariamento dell'Azienda, motivando il ricorso a tale procedura.

14. Il Presidente della Giunta regionale, nella ipotesi di cui al comma 13, nomina⁽¹⁾ un commissario che adotta gli atti urgenti ed indifferibili, previa sospensione dalle funzioni del direttore amministrativo e del direttore sanitario. Il commissario resta in carica fino alla nomina del nuovo direttore generale.

15. Il Presidente della Giunta regionale nell'ipotesi in cui la decadenza del direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale sia pronunciata per motivi diversi da quelli previsti dall'articolo 3 bis, comma 7 del decreto delegato, informa la Conferenza dei sindaci; per i medesimi motivi, quando la decadenza è pronunciata nei confronti del direttore generale dell'Azienda ospedaliera, informa i presidenti delle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento, nonché il rettore dell'università interessata.

16. Nei casi di cui al comma 6, il Presidente della Giunta regionale informa tempestivamente della decadenza del direttore generale o dell'eventuale commissariamento aziendale, la Conferenza dei sindaci, per l'Azienda unità sanitaria locale, il rettore dell'università interessata e i presidenti delle Conferenze dei sindaci del bacino di riferimento, per l'Azienda ospedaliera.

Art. 39

Cause di risoluzione del rapporto con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario

1. Il rapporto con il direttore amministrativo e con il direttore sanitario può essere risolto da parte del⁽³⁾ direttore generale quando ricorrano:

- a) gravi motivi;
- b) violazione di leggi o del principio di buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione.

2. Costituisce grave motivo la reiterata inosservanza delle direttive impartite dal direttore generale.

3. La sussistenza o sopravvenienza degli impedimenti di cui all'articolo 3, comma 11, del decreto delegato, è sempre causa di risoluzione del rapporto.

Art. 40

Collegio sindacale: nomina e funzionamento

1. Il direttore generale nomina i sindaci revisori con

specifico provvedimento e li convoca entro il termine massimo di dieci giorni dalla nomina. Nella prima seduta il collegio procede alla elezione tra i propri componenti del presidente che provvede alle successive convocazioni. Nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo presidente.

2. Entro dieci giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza della cessazione di uno o più componenti a seguito di dimissioni, vacanza o qualunque altra causa, il direttore generale provvede a chiedere una nuova designazione all'amministrazione competente ed alla ricostituzione del collegio nel termine di trenta giorni dalla data di designazione. In caso di mancanza di più di due componenti deve procedersi alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il direttore generale non proceda alla ricostituzione del collegio entro il termine dei trenta giorni, la Giunta regionale provvede a costituirlo in via straordinaria con due dirigenti della Regione. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'inseadimento del collegio ordinario.

3. 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.

4. Il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti. I verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Giunta regionale. Nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza, la Giunta può comunque richiedere al collegio la trasmissione dei verbali.

5. Le funzioni ed i poteri del collegio sindacale sono previsti dall'articolo 3 ter del decreto delegato.

Art. 41

Collegio sindacale: attività di controllo

1. Il collegio sindacale esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda sanitaria mediante verifiche. In particolare vigila sull'osservanza delle leggi, verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione o custodia. Il collegio sindacale delle Aziende sanitarie esercita il controllo anche sulle attività svolte dalle Aziende stesse in materia di assistenza sociale e di servizi socio-assistenziali.

2. Al collegio sono trasmessi, entro dieci giorni dalla loro adozione, tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo. Non sono soggetti a controllo i provvedimenti conseguenti ad atti già esecutivi.

3. Il collegio, entro quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; la mancata trasmissione degli eventuali rilievi formulati entro i predetti termini equivale a riscontro positivo. Nei successivi quindici giorni dal ricevimento dei rilievi, l'Azienda sanitaria può adeguarsi ai medesimi assumendo gli opportuni provvedimenti e comunicandoli al collegio; in caso contrario è tenuta a motivare al collegio il persistere della decisione originaria.

4. Gli atti che, ai sensi della presente legge, non sono sottoposti al controllo della Giunta regionale diventano esecutivi, salva la immediata eseguibilità dichiarata per motivi di urgenza, con la pubblicazione all'albo dell'Azienda per dieci giorni consecutivi.

5. Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo, il collegio può eseguire indagini campionarie. A tal fine all'inizio di ogni seduta definisce, dandone atto nel libro delle adunanze e nel verbale, i criteri di campionamento che intende utilizzare nell'esame degli atti. Il collegio deve indicare le indagini eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale di cui al comma 7.

6. Le indagini campionarie non sono applicabili ai seguenti atti per i quali è comunque richiesto un esame da parte del collegio:

- a) atti di bilancio;
- b) delibera di programmazione dell'attività contrattuale annuale di cui all'articolo 122;
- c) relazione annuale sull'attività contrattuale di cui all'articolo 129;
- d) regolamenti in materia di contabilità e acquisti.

7. Su tutti i controlli eseguiti ai sensi dei commi precedenti, il collegio redige una relazione trimestrale, in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell'Azienda. La relazione deve essere inviata al direttore generale e alla Giunta regionale. In merito ai contenuti di tale relazione, la Giunta regionale può esprimere indirizzi anche attraverso la predisposizione di appositi schemi-tipo.

8. Il collegio esamina il bilancio preventivo economico annuale, il bilancio pluriennale e il bilancio di esercizio ed esprime le proprie osservazioni in una relazione che trasmette al direttore generale. Copia di tale relazione deve essere allegata agli atti di bilancio al momento della loro trasmissione alla Giunta regionale per l'approvazione di cui all'articolo 34.

Capo II Funzioni consultive

Art. 42

Consiglio dei sanitari delle Aziende unità sanitarie locali

1. Il consiglio dei sanitari delle Aziende unità sanitarie locali è organismo elettivo e la sua composizione è così articolata:

a) la rappresentanza medica è costituita da diciotto membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera. Tale rappresentanza è composta da dieci dirigenti medici ospedalieri, da tre medici dirigenti delle attività extra ospedaliere, di cui almeno uno del dipartimento di prevenzione, da quattro medici convenzionati, di cui due medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale, da un medico veterinario eletto tra i dirigenti;

b) tre componenti in rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;

c) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico, eletti tra i dirigenti, assicurando la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;

d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario dirigente.

2. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 1, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:

a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 1, lettera a), tutti i medici dipendenti ospedalieri ed extra ospedalieri, ivi compresi i medici veterinari;

b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati del ruolo sanitario di cui al comma 1, lettera b), tutti gli altri laureati del ruolo sanitario dipendenti dell'Azienda unità sanitaria locale;

c)⁽³⁾ partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 1, lettera c), tutto il personale di assistenza infermieristica dell'Azienda unità sanitaria locale;

d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 1, lettera d) tutto il personale tecnico sanitario, di riabilitazione e di vigilanza ed ispezione dell'Azienda unità sanitaria locale.

Per quanto concerne la rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 1, lettera a), provvede la federazione regionale dell'ordine dei medici.

3. L'elezione avviene a scrutinio segreto. Ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della com-

ponente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere. Risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi, nel rispetto, comunque, del principio di rappresentatività delle attività ospedaliere ed extraospedaliere di cui al comma 1, lettere b) e c).

4. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro elettivo e qualora ad un membro elettivo venga conferito un incarico che, ai sensi della presente legge, comporti l'acquisizione dello status di membro di diritto, si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

5. Sono membri di diritto del consiglio dei sanitari oltre al direttore sanitario che lo presiede:

- a) il responsabile del dipartimento della prevenzione;
- b) il responsabile del dipartimento di emergenza-urgenza;
- c) i dirigenti di cui all'articolo 59, comma 5;
- d) un rappresentante individuato dal direttore sanitario per ciascuna delle materie di cui all'articolo 57, comma 2, lettere a), b), c), e d), scelto tra i coordinatori di cui al medesimo comma;
- e) il coordinatore delle attività infermieristiche ed il coordinatore delle attività tecnico sanitarie di cui all'articolo 53, comma 6.

6. Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio sanitario delle componenti professionali relative al personale sanitario laureato, il direttore generale designa, fino ad un massimo di cinque membri di diritto individuati tra i dirigenti di tali professionalità, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.

7. Partecipa alle sedute, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato.

Art. 43

Consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere

1. Il consiglio dei sanitari delle Aziende ospedaliere è formato da una componente elettiva e da membri di diritto. La componente elettiva è costituita da venticinque membri.

2. Nelle Aziende ospedaliere, i membri della rappresentanza medica sono in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera. A tal fine, il numero dei membri elettivi delle due componenti è determinato, tenendo conto dei membri di diritto, di cui ai commi 8 e 9, ascrivibili a ciascuna componente.

3. La componente elettiva è così articolata:

a) dodici medici complessivi appartenenti alle componenti ospedaliera ed universitaria; i componenti ospedalieri sono eletti tra i dirigenti;

b) tre medici convenzionati, di cui un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta ed un medico specialista ambulatoriale;

c) quattro componenti in rappresentanza degli altri laureati, di cui due eletti tra i dirigenti del ruolo sanitario, e due in rappresentanza dell'università;

d) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico, eletti tra i dirigenti;

e) tre componenti in rappresentanza dei tecnici sanitari, eletti tra i dirigenti.

4. Ai fini della formazione della componente elettiva di cui al comma 3, le modalità per lo svolgimento delle elezioni sono le seguenti:

a) partecipano all'elezione della rappresentanza medica di cui al comma 3, lettera a), tutti i medici ospedalieri e tutti i medici universitari;

b) partecipano all'elezione della rappresentanza degli altri laureati di cui al comma 3, lettera c), gli altri laureati del ruolo sanitario dell'Azienda ospedaliera e gli operatori sanitari laureati universitari;

c) partecipa all'elezione della rappresentanza infermieristica di cui al comma 3, lettera d), tutto il personale di assistenza infermieristica della Azienda ospedaliera;

d) partecipa all'elezione della rappresentanza del personale tecnico sanitario di cui al comma 3, lettera e), tutto il personale tecnico sanitario e di riabilitazione della Azienda ospedaliera.

Per quanto concerne la rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 3, lettera b), provvede la federazione regionale dell'ordine dei medici.

5. L'elezione avviene a scrutinio segreto. Ciascun elettore partecipa con voto limitato all'ambito della componente di appartenenza, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere. Risultano eletti coloro che abbiano ottenuto il maggior numero di voti validamente espressi. Contestualmente all'indizione delle elezioni, il direttore generale, vista la composizione della componente medica di diritto e nel rispetto del principio del perfetto equilibrio tra componente medica universitaria e componente medica ospedaliera, di cui al comma 2, ripartisce i dodici seggi spettanti ai medici tra la componente ospedaliera e la componente universitaria. La componente medica universitaria e la componente medica ospedaliera costituiscono raggruppamenti diversi ai fini dell'elezione della rappresentanza medica nel consiglio dei sanitari.

6. In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica di un membro elettivo si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

7. Qualora, a seguito di cambiamenti nella composizione della rappresentanza medica, si verifichi uno squilibrio tra componente ospedaliera e componente universitaria, in ottemperanza del principio della pariteticità delle componenti, di cui al comma 2, il membro elettivo della componente in eccesso che ha conseguito il minor numero di voti al momento dell'elezione è sostituito dal primo dei non eletti della componente in difetto. Il direttore generale procede alla sostituzione.

8. Sono membri di diritto del consiglio dei sanitari dell'Azienda ospedaliera oltre al direttore sanitario che lo presiede:

- a) i responsabili dei dipartimenti ospedalieri;
- b) il coordinatore delle attività infermieristiche;
- c) il coordinatore delle attività tecnico sanitarie.

9. Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio sanitario delle componenti professionali relative al personale sanitario laureato, il direttore generale designa, fino ad un massimo di cinque, membri di diritto individuati tra i dirigenti di tali professionalità, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.

10. Partecipa alle sedute del consiglio, senza diritto di voto, il presidente della federazione regionale dell'ordine dei medici o suo delegato.

Art. 44

Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle Aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli 25 e 26, nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale nel rispetto delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12, del decreto delegato. Il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di dieci giorni dal ricevimento dei provvedimenti o delle richieste di parere. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal consiglio dei sanitari.

2. 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.

3. Il consiglio dei sanitari è convocato dal direttore sanitario che lo presiede. Nella prima seduta il consiglio elegge a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto un vice presidente.

4. Le sedute del consiglio sono valide solo in caso di partecipazione, in prima convocazione, di almeno la

metà dei componenti. Le determinazioni sono prese a maggioranza assoluta dei partecipanti al voto. In caso di parità di voto prevale il voto del presidente.

Art. 45

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, delle soluzioni organizzative⁽³⁾ per l'attuazione della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del collegio di direzione per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale, e per l'utilizzazione delle risorse umane.

2. Le Aziende sanitarie disciplinano nei propri statuti le attività e la composizione del collegio di direzione, garantendo la presenza nel medesimo dei componenti della direzione aziendale di cui all'articolo 49 e, per le Aziende unità sanitarie locali, del responsabile del dipartimento della prevenzione.

Capo III

Statuto aziendale

Art. 46

Statuto aziendale

1. Sono contenuti nello statuto aziendale:

- a) la sede legale dell'Azienda;
- b) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica, e le competenze dei relativi responsabili;
- c) le modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti di coordinamento tecnico;
- d) le procedure per la sostituzione, in caso di assenza e impedimento, del direttore amministrativo e sanitario e, per le Aziende unità sanitarie locali, del coordinatore dei servizi sociali e del responsabile di zona, anche al fine dell'espressione dei pareri di loro competenza;
- e) la disciplina delle modalità per il conferimento delle deleghe di cui all'articolo 36, comma 2, fatto salvo quanto previsto al comma 3 del medesimo articolo;
- f) le disposizioni generali in materia contrattuale di cui all'articolo 3, comma 1-ter del decreto delegato;
- g) l'individuazione dei distretti.

2. Per la disciplina di determinate materie lo statuto può rinviare a specifici regolamenti.

3. Per le Aziende unità sanitarie locali, sono disciplinati con atti regolamentari:

a) i rapporti tra i responsabili di zona, i responsabili delle unità funzionali dei servizi sanitari territoriali di zona e i responsabili di distretto;

b) le modalità di partecipazione dei medici convenzionati alle attività di gestione e programmazione dei servizi sanitari territoriali di zona e di programmazione dei servizi ospedalieri in rete, anche al fine di consentire lo sviluppo dell'accesso dei medici di fiducia ai presidi delle Aziende sanitarie e di garantire la continuità del percorso assistenziale.

4. Lo statuto aziendale, ai fini della delega, disciplina forme di pubblicità dei provvedimenti con cui la stessa è conferita e revocata, nonché l'esercizio dei poteri sostitutivi da parte del direttore generale, in caso di inerzia o di adozione di atti ritenuti illegittimi o inopportuni. Per la delega di atti al responsabile di zona il regolamento dell'Azienda unità sanitaria locale prevede altresì le modalità di vigilanza e controllo del direttore generale sugli atti delegati.

5. Lo statuto aziendale delle Aziende ospedaliere, tiene conto della presenza delle attività assistenziali disciplinate dai protocolli d'intesa fra Regione e università.

6. Lo schema di statuto aziendale è trasmesso dal direttore generale alla Giunta regionale allo scopo di acquisire il parere sulla coerenza dell'atto stesso con la programmazione regionale, nonché con i principi ed i criteri stabiliti dalla presente legge. La Giunta esprime il parere entro trenta giorni dalla data di ricevimento; decorso tale termine il direttore generale procede.

TITOLO V Organizzazione

Capo I Principi organizzativi

Art. 47 Principi e finalità dell'organizzazione

1. Le Aziende sanitarie, nel rispetto delle norme contenute nella presente legge, provvedono in merito alla specifica determinazione dell'organizzazione mediante lo statuto aziendale.

2. In applicazione dei principi di cui al decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 (Razionalizzazione dell'organizzazione delle amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decre-

to stesso, 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. L'organizzazione specifica delle Aziende sanitarie, al fine di assicurare la realizzazione del percorso assistenziale, deve essere attuata in coerenza ai seguenti criteri:

a) flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;

b) responsabilità di budget;

c) integrazione ed interazione tra diverse professionalità;

d) condivisione delle risorse;

e) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;

f) previsione di strumenti organizzativi interaziendali;

g) sviluppo della funzione di pianificazione strategica e di controllo direzionale;

h) raggiungimento di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività.

4. Il funzionamento delle Aziende ospedaliere tiene conto, ai sensi dell'articolo 17, della presenza delle attività assistenziali disciplinate dai protocolli d'intesa fra Regione e università.

Art. 48 Funzioni gestionali

1. Le Aziende unità sanitarie locali, per il raggiungimento delle finalità di cui all'articolo 47, organizzano le proprie attività secondo le seguenti funzioni:

a) pianificazione strategica;

b) controllo direzionale;

c) programmazione di zona;

d) programmazione operativa.

2. Le Aziende ospedaliere articolano le proprie attività secondo le funzioni di cui al comma 1, lettere a), b) e d).

3. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la direzione aziendale, avvalendosi dei responsabili delle strutture organizzative⁽³⁾ competenti, anche attivando appositi gruppi di lavoro, definisce gli obiettivi generali dell'Azienda, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'Azienda. Sono atti di pianificazione strategica i piani attuativi, gli atti di bilancio, lo statuto aziendale.

4. La funzione di controllo direzionale è svolta a livello di direzione aziendale dal direttore generale, che si avvale delle strutture organizzative⁽³⁾ di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di controllo

del raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi erogati e di risorse utilizzate.

5. La programmazione di zona è la funzione con la quale la pianificazione si attua a livello zonale, attraverso la predisposizione di appositi programmi, la negoziazione e il controllo dei budget delle strutture organizzative. La funzione è svolta dal responsabile di zona che a tal fine si avvale dell'apporto dei coordinatori di cui all'articolo 57, commi 2 e 3, e dei responsabili di distretto.

6. La funzione di negoziazione e controllo dei budget delle strutture organizzative nelle Aziende ospedaliere è svolta dalla direzione aziendale.

7. La programmazione operativa è la funzione che ordina l'attività e viene svolta al livello in cui vengono erogate le prestazioni da parte delle strutture organizzative funzionali.

Art. 49 Direzione aziendale

1. La direzione aziendale è costituita dal direttore generale nonché dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ed ha sede presso il centro direzionale dell'Azienda sanitaria.

2. Nelle Aziende unità sanitarie locali la direzione aziendale è integrata dal coordinatore dei servizi sociali disciplinato dall'articolo 14 della l.r. 42/1992 come sostituito dall'articolo 2 della l.r. 28 marzo 1996, n. 25 e successive modificazioni e, per le Aziende unità sanitarie locali articolate in zone, dai responsabili di zona.

3. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo e, per i provvedimenti relativi alle materie di cui all'articolo 9, comma 2, lettera b) ed, in caso di delega, anche a quelle di cui alla lettera c) dello stesso comma, dal parere del coordinatore dei servizi sociali.

Art. 50 Funzioni operative

1. Le funzioni operative delle Aziende sanitarie sono quelle indicate dal repertorio allegato al piano sanitario regionale.

2. Le funzioni operative sono attribuite alla competenza delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali e sono esercitate all'interno di strutture organizzative⁽³⁾ funzionali. A questo fine il personale delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali dipende, sotto il profilo tecnico professionale, dal responsabile della unità operativa

di appartenenza, sotto il profilo organizzativo dal responsabile della struttura organizzativa funzionale in cui è collocato.

Art. 50 bis⁽⁸⁾ Incarichi di direzione di struttura

1. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, del servizio sanitario regionale sono conferiti, ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 15 quater, commi 1, 2 e 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421), in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico.

2. Gli incarichi di direzione di struttura, semplice o complessa, del servizio sanitario regionale, nonché dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della l. 30 novembre 1998, n. 419) sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgano un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico.

Capo II Articolazione organizzativa professionale

Art. 51 Strutture organizzative professionali e loro compiti

1. Le strutture organizzative⁽³⁾ professionali di cui all'articolo 2, comma 1, lettera u) svolgono, nell'ambito delle direttive del responsabile della struttura organizzativa funzionale di appartenenza, i seguenti compiti:

a) concorrono, sotto il profilo tecnico professionale, alla formazione degli atti di programmazione;

b) partecipano alle procedure informative, a quelle contabili, di controllo di gestione e di verifica e revisione della qualità delle prestazioni, istituite dall'Azienda sanitaria;

c) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di formazione permanente, di miglioramento continuo della qualità, di educazione sanitaria, di informazione e di relazione con i cittadini;

d) concorrono alla definizione dei programmi aziendali di incentivazione degli operatori e di sviluppo del livello delle dotazioni tecnologiche e strumentali;

e) definiscono, nell'ambito di propria competenza, apposite procedure operative e protocolli d'intervento.

Art. 52 Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali

1. Le strutture organizzative professionali sono costi-

tuite avendo a riferimento livelli ottimali di attività individuati dalle Aziende sanitarie nel rispetto delle indicazioni di cui al comma 2.

2. Le strutture organizzative professionali sono costituite in funzione dei percorsi assistenziali ed in previsione dei seguenti risultati annualmente verificati:

- a) miglioramento degli standard qualitativi delle attività svolte;
- b) tempestività ed adeguatezza di risposta ai problemi operativi e professionali tipici delle funzioni svolte;
- c) costante aggiornamento professionale e corrispondente miglioramento della capacità operativa.

3. Il piano sanitario regionale individua le soglie operative o i livelli di operatività al di sotto dei quali non è consentita l'attivazione delle strutture organizzative professionali in relazione al raggiungimento dei risultati di cui al comma 2.

4. Per quanto riguarda i servizi ospedalieri in rete la costituzione delle strutture organizzative professionali deve tener conto dei seguenti criteri:

- a) volumi di attività corrispondenti al mantenimento di livelli qualitativamente validi ed economicamente adeguati, anche in relazione alle norme vigenti in materia di accreditamento;
- b) obiettivi di funzionamento in rete dei servizi di assistenza ospedaliera definiti a livello di pianificazione regionale, di concertazione di area vasta e di pianificazione aziendale.

5. Il piano sanitario regionale definisce le funzioni operative e le corrispondenti strutture organizzative professionali la cui costituzione presso le Aziende sanitarie è vincolata alla predisposizione di appositi programmi regionali attinenti l'organizzazione ottimale dei servizi a livello di sistema.

6. Il piano sanitario regionale individua altresì i margini di flessibilità nell'utilizzo di tali soglie in relazione a particolari condizioni territoriali, epidemiologiche e demografiche, nonché specifici vincoli e criteri per la costituzione delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali alle quali sono attribuite le funzioni operative.

7. Per le Aziende ospedaliere, nell'ambito dei protocolli d'intesa per le attività assistenziali stipulati tra la Regione e le università sono determinati:

- a) i criteri generali di riferimento per l'individuazione del numero delle unità operative ed in particolare per l'applicazione delle soglie operative di cui alla lettera b);
- b) le soglie operative, rappresentate dal numero minimo dei casi necessario a garantire l'adeguata qualificazione delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali;
- c) i criteri di applicazione delle funzioni operative

previste dal repertorio di cui all'articolo 50, comma 1, alle Aziende ospedaliere.

8. Le Aziende ospedaliere possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della Giunta regionale, strutture organizzative⁽³⁾ professionali per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all'articolo 50, comma 1. Tali strutture sono attribuite alle dirette dipendenze di un dipartimento. A seguito di verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati economici conseguiti nell'arco di un triennio, possono essere mantenute in via definitiva dalle Aziende medesime, anche previa trasformazione in unità operativa. La relativa funzione operativa viene inserita nel repertorio con le procedure previste per l'aggiornamento del piano sanitario regionale.

Art. 53

Responsabilità delle strutture organizzative professionali

1. La responsabilità dell'unità operativa è attribuita dal direttore generale:

- a) ad un dirigente del ruolo sanitario per le unità operative titolari di funzioni operative sanitarie, ai sensi dell'articolo 15 quater del decreto delegato;
- b) ad un operatore professionale dirigente delle rispettive categorie, per le unità operative relative alle professioni infermieristiche, tecnico sanitarie, di riabilitazione, di vigilanza ed ispezione;
- c) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.

2. La responsabilità delle unità operative di assistenza sociale è attribuita dal direttore generale secondo quanto previsto dalla l.r. 25/1996 e dalla l.r. 72/1997.

3. Per le unità operative universitarie delle Aziende ospedaliere, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 517/1999.

4. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.

5. La responsabilità delle sezioni è attribuita ad un dirigente dal direttore generale su proposta del direttore dell'unità operativa di riferimento.

6. Per il coordinamento aziendale delle strutture organizzative professionali relative alle funzioni operative di assistenza infermieristica e tecnico sanitarie il direttore generale, su proposta del direttore sanitario, nomina un coordinatore infermieristico ed un coordinatore tecnico sanitario tra i direttori delle unità operative interessate.

Capo III

Articolazione organizzativa funzionale

Art. 54

Strutture organizzative funzionali delle Aziende sanitarie

1. Al fine di coordinare ed integrare le funzioni operative, le attività delle Aziende sanitarie sono organizzate e dirette attraverso strutture funzionali.

2. Presso il centro direzionale delle Aziende sanitarie le strutture organizzative professionali corrispondenti alle funzioni amministrative, tecniche e di supporto alla direzione aziendale sono organizzate nelle seguenti strutture funzionali:

- a) area funzionale amministrativa;
- b) area funzionale tecnica;
- c) staff della direzione aziendale;
- d) staff della direzione sanitaria.

3. Le strutture organizzative funzionali di produzione ed erogazione delle prestazioni assistenziali sono:

- a) per le Aziende unità sanitarie locali:
 - 1) le unità funzionali per i servizi territoriali di zona e della prevenzione;
 - 2) le aree funzionali ospedaliere;
 - 3) il dipartimento della prevenzione e le relative aree funzionali di zona;
- b) per le Aziende ospedaliere: i dipartimenti del presidio ospedaliero.

4. Per le aree funzionali di cui alle lettere a) e b) del comma 2 e alla lettera a) del comma 3 il direttore generale nomina tra i dirigenti dell'Azienda sanitaria un responsabile che svolge le seguenti funzioni:

- a) è responsabile del budget e della programmazione operativa dell'area;
- b) dirige il personale delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali assegnato direttamente all'area per lo svolgimento delle proprie funzioni;

5. Il responsabile dell'unità funzionale è nominato dal direttore generale o dal responsabile di zona, se delegato, e svolge le seguenti funzioni:

- a) è, responsabile del budget derivato dal budget di distretto, nel caso in cui l'attività dell'unità funzionale sia svolta in ambito distrettuale, o dal budget di zona per unità funzionali non operanti esclusivamente nel distretto;
- b) è responsabile della programmazione operativa della struttura;
- c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali, assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

Art. 55

Zona

1. Nelle Aziende unità sanitarie locali il cui territorio è articolato in più zone, è preposto per ciascuna zona un responsabile incaricato dal direttore generale. L'incarico è revocabile in ogni momento con provvedimento motivato.

2. L'incarico può essere conferito a:

- a) un dipendente dell'Azienda unità sanitaria locale con esperienza acquisita per almeno tre anni presso Aziende sanitarie in qualifica dirigenziale;
- b) un laureato con esperienza acquisita per almeno un quinquennio in funzioni dirigenziali apicali presso organismi ed Enti pubblici o privati o Aziende e strutture pubbliche o private. Il rapporto di lavoro dell'incaricato è regolato con contratto stipulato ai sensi dell'articolo 15 septies, comma 1, 3 e 4, del decreto delegato. Con riferimento a tali incarichi, da parte dell'Azienda unità sanitaria locale interessata è data applicazione al disposto dell'articolo 15 septies, comma 5 del decreto delegato.

3. Il direttore generale delega al responsabile di zona le funzioni relative a:

- a) l'attuazione del piano attuativo locale mediante specifici programmi operativi di zona, in raccordo con il piano di zona di cui all'articolo 11 della l.r. 72/1997, avvalendosi dei responsabili delle strutture organizzative presenti nella zona;
- b) il coordinamento tra le attività ospedaliere, i servizi sanitari territoriali di zona e le attività di prevenzione, anche attraverso momenti collegiali ai quali partecipano i responsabili delle rispettive strutture funzionali;
- c) l'operatività integrata tra i servizi sanitari territoriali di zona ed i servizi socio assistenziali;
- d) i rapporti permanenti di informazione e collaborazione con l'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci.

4. Il responsabile di zona, sulla base e nei limiti della delega conferita dal direttore generale, esercita le seguenti funzioni:

- a) dirige le attività zonali provvedendo alla gestione del budget attribuito nell'ambito del piano attuativo locale e concertando con i responsabili delle diverse strutture organizzative la allocazione delle risorse alle strutture medesime, avendo in particolare a riferimento l'obiettivo dell'organizzazione in rete dei presidi ospedalieri;
- b) esercita le funzioni di coordinamento amministrativo zonale, ivi comprese quelle di cui all'articolo 4, comma 9, del decreto delegato, avvalendosi della apposita struttura amministrativa individuata dal repertorio di cui all'articolo 50, comma 1;
- c) svolge le attività previste dallo statuto anche avvalendosi della struttura amministrativa di cui alla lettera b);
- d) assicura il supporto alle attività svolte in zona anche mettendo a disposizione dei responsabili delle strutture funzionali personale della struttura di cui alla lettera b);

e) nomina i responsabili delle unità funzionali dei servizi sanitari territoriali di zona.

5. il responsabile di zona partecipa alla direzione aziendale formulando in tale sede proposte programmatiche generali in merito allo sviluppo dei servizi sanitari territoriali di zona ed all'integrazione socio sanitaria.

6. Al fine di regolare le funzioni di cui al comma 3 lettere a), b), c) e al comma 4, lo statuto dell'Azienda disciplina le modalità di rapporto tra il responsabile di zona ed i responsabili delle strutture organizzative funzionali presenti nella zona nonché con i direttori dei presidi ospedalieri ed i responsabili di distretto.

7. Nelle Aziende unità sanitarie locali monozonali le funzioni di cui ai commi 3 e 4, sono assicurate dalla direzione aziendale e lo statuto disciplina le forme di rapporto e di coordinamento previste al comma 6.

8. Ciascuna zona è articolata in uno o più distretti.

Art. 56 Distretto

1. Il distretto è costituito al fine di:

- a) assicurare il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) assicurare la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dell'offerta dei servizi necessari;
- c) assicurare la gestione integrata, sanitaria e sociale dei servizi, accedendo alle diverse fonti di risorse del Servizio sanitario nazionale, dei comuni e della solidarietà locale;
- d) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività complessivamente assicurate dal Servizio sanitario regionale;
- f) garantire la fruizione dei servizi prodotti dai presidi distrettuali e l'accesso programmato a quelli forniti dagli altri presidi, assicurando in particolare l'integrazione tra servizi territoriali ed ospedalieri;
- g) favorire l'attivazione e l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'Azienda.

2. Il distretto articola l'organizzazione dei propri servizi tenendo conto della realtà del territorio.

3. Per ciascun distretto è individuato un responsabile nominato dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona, sentiti il direttore sanitario ed il coordina-

tore dei servizi sociali. Il responsabile assicura il raggiungimento degli obiettivi e l'uso razionale del complesso delle risorse assegnate al distretto.

4. In ogni distretto è costituito l'ufficio di coordinamento distrettuale di cui all'articolo 20, comma 5, della l.r. 72/1997 composto da:

- a) un coordinatore sanitario;
- b) un coordinatore sociale;
- c) un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato, designati, rispettivamente, dai medici di medicina generale, dagli specialisti pediatri e dagli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto;
- d) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel distretto;
- e) un rappresentante designato dalle associazioni di volontariato operanti nel distretto;
- f) un infermiere professionale e un tecnico della riabilitazione, nominati dal responsabile di distretto, sentiti i rispettivi coordinatori di zona di cui all'articolo 57, comma 3.

5. All'ufficio di coordinamento di cui al comma 4 è preposto il responsabile di distretto.

6. Il responsabile di distretto, coadiuvato dall'ufficio di coordinamento, svolge le seguenti funzioni:

- a) predispone gli strumenti attuativi dei programmi operativi di zona per le attività a valenza distrettuale;
- b) garantisce l'integrazione tra le attività sanitarie distrettuali e le attività di assistenza sociale;
- c) partecipa alla attività di programmazione zonale;
- d) è responsabile del budget di distretto che gestisce in conformità alle disposizioni del responsabile di zona ovvero, per le Aziende monozonali, a quelle impartite dalla direzione aziendale.

7. L'individuazione dei distretti avviene nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) fatta salva la previsione di cui alla lettera b) del presente comma, l'ambito territoriale del distretto comprende di norma per intero il territorio di uno o più comuni;
- b) l'ampiezza di un distretto infracomunale non deve essere inferiore a quella di una delle circoscrizioni di cui all'articolo 13 della legge 142/1990;
- c) la soglia minima di popolazione del distretto è pari a sessantamila abitanti;
- d) ai sensi dell'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 3 quater del decreto delegato, le deroghe alla soglia minima di cui alla lettera c) sono determinate in riferimento alle zone di cui all'articolo 2, comma 1, lettera v), e sono quelle di seguito indicate:

- 1) si procede alla costituzione di un distretto per cia-

scuna zona, anche per zone caratterizzate da popolazione inferiore alla soglia minima;

2) è consentita la costituzione di un secondo distretto nelle zone con popolazione compresa tra quarantacinquemila e novantamila abitanti se motivata in riferimento a territori montani, insulari o caratterizzati da bassa densità della popolazione residente;

3) è consentita altresì la costituzione di un distretto, secondo i criteri di cui al punto 2., anche nelle zone con popolazione superiore a novantamila abitanti.

Art. 57

Organizzazione dei servizi sanitari territoriali di zona

1. Le attività di erogazione delle prestazioni salvo quanto espressamente disciplinato da atti di programmazione regionale, sono svolte dai distretti ed organizzate in unità funzionali multiprofessionali, orientate a specifiche funzioni assistenziali ed all'erogazione degli interventi in modo globale ed integrato.

2. Lo statuto disciplina le modalità, le forme e i criteri per la costituzione delle unità funzionali, nonché gli strumenti opportuni per garantire l'integrazione zonale delle attività attribuite alle unità funzionali, assicurando il coordinamento tecnico in materia di:

- a) assistenza sanitaria di comunità;
- b) salute mentale;
- c) assistenza ai tossicodipendenti ed alcolisti;
- d) assistenza sociale.

3. Per le attività di assistenza infermieristica, di assistenza riabilitativa professionale, di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale convenzionata, sono individuati specifici coordinatori di zona.

4. I coordinatori di cui ai commi 2 e 3 coadiuvano negli ambiti di rispettiva competenza il responsabile di zona nell'esercizio delle proprie funzioni. A tal fine provvedono anche alla predisposizione di protocolli di accesso ed assistenziali e di apposite linee guida relative a procedure e modelli operativi a valenza zonale.

5. I coordinatori delle attività di cui al comma 2, lettere a), b) e c), sono nominati dal direttore generale su proposta del responsabile di zona tra i responsabili delle unità funzionali di riferimento; il coordinamento delle attività di cui al comma 2, lettera d), è attribuito, di norma, ad un assistente sociale coordinatore su proposta del responsabile di zona.

6. Nelle Aziende unità sanitarie locali monozonali le proposte sono formulate, secondo le rispettive competenze, dal direttore sanitario e dal coordinatore dei servizi sociali.

7. Il coordinamento delle attività infermieristiche e di assistenza riabilitativa professionale di cui al comma 3 è attribuito dal direttore generale ad un responsabile delle corrispondenti unità operative professionali; i coordinatori per le attività di medicina generale, di pediatria di libera scelta e di specialistica ambulatoriale convenzionata, sono nominati dal direttore generale su designazione dei medici e degli specialisti convenzionati operanti nella zona. Il coordinamento zonale delle attività di cui al comma 3 non è costituito nel caso in cui la zona coincida con il distretto.

8. I rapporti con i medici convenzionati che fanno parte dell'ufficio di coordinamento del distretto e del coordinamento di zona di cui al comma 3, sono disciplinati con deliberazione della Giunta regionale, sentiti i sindacati di categoria maggiormente rappresentativi.

9. Le unità funzionali operanti a livello di zona possono essere articolate per moduli operativi multiprofessionali in conformità a quanto previsto dagli atti della programmazione regionale.

Art. 58

Dipartimento della prevenzione

1. Per ciascuna Azienda unità sanitaria locale viene costituito il dipartimento della prevenzione che si articola in aree funzionali di zona.

2. L'area funzionale organizza la propria attività, in relazione alla dimensione operativa della zona, in unità funzionali multiprofessionali, avendo a riferimento i settori di intervento di seguito indicati:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- d) sanità animale - igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- e) medicina legale.

3. L'articolazione in unità funzionali dei settori di intervento di cui al comma 2, ed il loro eventuale accorpamento interzonale, è definita dall'Azienda con atto regolamentare adottato tenuto conto delle dimensioni operative delle zone.

4. L'operatività zonale viene altresì garantita attraverso l'organizzazione di appositi gruppi di lavoro orientati a progetti specifici, che interessano competenze presenti in più strutture organizzative⁽³⁾ di zona.

5. A ciascuna area funzionale è preposto un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del

direttore sanitario. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo dei responsabili delle aree funzionali che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica. Allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento, il direttore generale, su proposta del direttore sanitario, può individuare ulteriori componenti del comitato tra i direttori delle strutture organizzative professionali. Il responsabile del comitato direttivo, nominato dal direttore generale tra i responsabili delle aree funzionali, è il responsabile del dipartimento.

6. A ciascuna struttura organizzativa è preposto un dirigente nominato dal direttore generale su proposta del responsabile dell'area funzionale.

7. L'organizzazione zonale del dipartimento per gruppi di lavoro orientati a progetti specifici compete al responsabile dell'area funzionale della prevenzione; per le Aziende monozonali la competenza è attribuita al responsabile del comitato direttivo.

8. Per le Aziende monozonali, al comitato direttivo partecipano i responsabili delle unità funzionali di cui al comma 2, tra i quali il direttore generale procede alla nomina del responsabile del comitato direttivo. Allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento, il direttore generale, su proposta del direttore sanitario, può individuare ulteriori componenti del comitato tra i direttori delle strutture organizzative⁽³⁾ professionali.

9. Il responsabile del dipartimento coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

a) concorre per quanto di competenza alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica dell'Azienda, formulando in particolare proposte per l'allocazione territoriale delle risorse;

b) promuove lo sviluppo di progetti di collaborazione in ambito regionale con i dipartimenti delle altre Aziende, con la finalità di creare una rete regionale delle attività di prevenzione;

c) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori;

d) individua strumenti specifici di controllo di gestione e di verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;

e) coordina le attività al fine di assicurare che ogni struttura operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'Azienda;

f) assicura l'omogenea realizzazione sul territorio dei programmi dipartimentali previsti nel piano attuativo locale;

g) opera in forme coordinate con le strutture territoriali dell'ARPAT di cui alla l.r. 66/1995 e successive modificazioni;

h) il responsabile del dipartimento assicura altresì la programmazione e l'impiego delle risorse attribuite ad eventuali strutture a valenza sovrazonale o interaziendale per lo svolgimento di funzioni di prevenzione.

10. Il responsabile dell'area funzionale della prevenzione partecipa al comitato direttivo ed esercita le proprie competenze per quanto concerne:

a) l'impiego delle risorse attribuite alla zona nel settore specifico attraverso la gestione di apposito budget di area, garantendone l'utilizzo integrato nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;

b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;

c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.

11. Per l'esercizio delle proprie competenze il responsabile dell'area funzionale si avvale dei responsabili delle unità funzionali di cui al comma 2, assicurando comunque l'apporto delle altre figure professionali operanti nell'area funzionale.

12. Le Aziende, in materia di sanità pubblica veterinaria, si avvalgono⁽³⁾ delle prestazioni e della collaborazione tecnico scientifica dell'Istituto zooprofilattico sperimentale delle regioni Lazio e Toscana.

13. Ai fini di favorire lo sviluppo a rete dei servizi di prevenzione collettiva e di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, è istituito presso il competente dipartimento della Giunta regionale un comitato tecnico nominato dalla Giunta regionale. Al comitato partecipano di diritto i responsabili dei dipartimenti della prevenzione delle Aziende. Il comitato può operare anche in sezioni corrispondenti alle materie di cui al comma 2 con la partecipazione di esperti di settore ed è presieduto dal responsabile della struttura operativa competente del centro direzionale della Giunta regionale.

Art. 59

Presidio ospedaliero di zona

1. Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpatisi nel presidio ospedaliero di zona, che costituisce la struttura funzionale dell'Azienda unità sanitaria locale finalizzata all'organizzazione ed all'erogazione delle prestazioni specialistiche di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra ospedaliere erogate al di fuori delle unità funzionali di cui all'articolo 54 ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Per l'organizzazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero e

negli altri presidi territoriali, il responsabile di zona garantisce l'integrazione delle stesse con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona.

2. Le strutture organizzative professionali presenti nei presidi ospedalieri di zona sono accorpate, secondo settori specialistici omogenei, nelle seguenti aree funzionali:

- a) area funzionale medica;
- b) area funzionale chirurgica;
- c) area funzionale delle terapie intensive;
- d) area funzionale materno infantile;
- e) area funzionale delle attività di laboratorio;
- f) area funzionale della diagnostica per immagini.

3. L'Azienda procede alla costituzione delle aree funzionali in relazione alla rilevanza e complessità dei singoli presidi ospedalieri, individuando, tra i responsabili di aree funzionali omologhe, un coordinatore delle stesse a livello aziendale al fine di assicurare, per i settori specialistici di rispettiva competenza, il funzionamento in rete dei presidi ospedalieri dell'Azienda unità sanitaria locale.

4. A ciascuna area funzionale sono assegnate le strutture organizzative professionali il cui personale opera esclusivamente nell'area stessa. Per le unità operative il cui personale presta servizio in più aree funzionali, la attribuzione del personale a ciascuna area avviene in sede di predisposizione dei budget, attraverso la concertazione tra il responsabile della unità operativa, i responsabili di area e il direttore del presidio ospedaliero di cui al comma 5. Le strutture organizzative professionali e le proiezioni presenti nel presidio ospedaliero di zona, non attribuite ad aree funzionali, sono poste in diretto riferimento al direttore del presidio ospedaliero.

5. Per ciascun presidio ospedaliero di zona, il direttore generale nomina, su proposta del direttore sanitario e sentito il responsabile di zona, un dirigente medico in possesso dei requisiti di cui al d.p.r. 10 dicembre 1997, n. 484.

6. Tale dirigente, denominato direttore del presidio ospedaliero, opera in conformità alle disposizioni di competenza del responsabile di zona per il raggiungimento degli obiettivi aziendali di funzionamento della rete ospedaliera.

7. Il direttore del presidio ospedaliero svolge le funzioni di:

- a) direttore sanitario del presidio ospedaliero, ai sensi dell'articolo 4, comma 9 del decreto delegato, anche avvalendosi di apposite professionalità esistenti nel settore dell'igiene e dell'organizzazione ospedaliera;
- b) coordinamento ed indirizzo gestionale delle aree funzionali ospedaliera, anche attraverso l'utilizzo di apposito personale tecnico, sanitario ed amministrativo;

c) controllo e valutazione dell'attività svolta nel presidio anche in termini di accessibilità, di qualità, di appropriatezza, ed in riferimento alla responsabilità di assicurare il percorso assistenziale;

d) controllo dell'ottimizzazione nell'impiego delle risorse nell'ambito della gestione dell'apposito budget di presidio;

e) direzione delle strutture organizzative non attribuite alle aree funzionali.

8. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei responsabili delle aree funzionali ospedaliere, ove costituite, e dei direttori delle unità operative non attribuite a specifiche aree funzionali nonché di coordinatori delle attività infermieristiche e delle attività tecnico sanitarie, scelti tra i responsabili delle corrispondenti unità operative professionali.

9. Per ciascuna area funzionale costituita nel presidio ospedaliero di zona viene individuato, tra i direttori delle unità operative afferenti all'area, un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del direttore del presidio ospedaliero. Il responsabile dell'area funzionale esercita per le attività di propria competenza, svolte sia in sede ospedaliera che territoriale, le proprie funzioni per quanto concerne:

a) la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;

b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;

c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.

10. Nei presidi ospedalieri in cui non siano costituite aree funzionali le suddette funzioni sono esercitate dal direttore del presidio ospedaliero.

11. Per ciascuna Azienda è costituito il comitato direttivo dei presidi ospedalieri, composto dai direttori dei presidi ospedalieri e dai responsabili coordinatori delle aree funzionali ospedaliere. La responsabilità del comitato direttivo è attribuita al direttore sanitario dell'Azienda. In relazione alla complessità ed alle dimensioni dell'Azienda, il direttore sanitario può delegare a uno o più membri del comitato l'esercizio di specifiche funzioni di propria competenza. Per le Aziende monozonali il comitato direttivo è costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere e dal direttore del presidio ospedaliero.

12. Il comitato direttivo coadiuva il direttore sanita-

rio nella programmazione delle attività, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

a) formulazione di proposte per l'allocazione territoriale delle risorse nei presidi e per la pianificazione attuativa locale;

b) promozione di progetti di collaborazione con le altre Aziende sanitarie con la finalità di creare una rete ospedaliera regionale;

c) promozione della definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori;

d) individuazione di strumenti specifici di controllo di gestione e di verifica della qualità delle prestazioni in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;

e) coordinamento delle attività al fine di assicurare che ogni presidio ospedaliero operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee sul territorio dell'Azienda;

f) indirizzo delle attività per sviluppare l'omogenea realizzazione sul territorio dei programmi di deospedalizzazione previsti nel piano attuativo locale.

Art. 60

Dipartimenti delle Aziende ospedaliere

1. Ogni Azienda ospedaliera definisce con lo statuto aziendale l'organizzazione delle proprie strutture professionali nei dipartimenti, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera g), ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 517/1999.

2. Per ciascuna struttura semplice o complessa il direttore generale nomina un responsabile, e per ciascun dipartimento nomina un direttore. Alle nomine dei responsabili di struttura e dei direttori di dipartimento il direttore generale procede secondo le disposizioni del decreto delegato e di quanto previsto dall'articolo 5 del decreto legislativo 517/1999.

3. I direttori dei dipartimenti assistono il direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera nell'esercizio delle proprie competenze direzionali ed esercitano, nell'ambito delle disposizioni della direzione aziendale, le proprie competenze per quanto concerne:

a) la gestione delle risorse attribuite, garantendo l'utilizzo integrato delle stesse nonché la fruizione unitaria degli spazi e delle attrezzature comuni, al fine di migliorare i livelli qualitativi, quantitativi ed economici del sistema;

b) la promozione dell'integrazione tra le attività complementari ai fini dell'erogazione delle prestazioni, anche attraverso lo sviluppo dei gruppi di lavoro orientati a progetti specifici;

c) l'applicazione di metodologie e protocolli comuni per la realizzazione dei compiti affidati.

4. La responsabilità generale delle strutture funzionali del presidio ospedaliero è competenza del direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera il quale può avvalersi di specifici referenti nel caso di articolazione in più ospedali.

5. Le strutture organizzative professionali non attribuite ai dipartimenti sono poste in diretto riferimento al direttore sanitario. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore sanitario si avvale, anche attraverso la costituzione di apposito comitato, dei responsabili dei dipartimenti ospedalieri, dei direttori e dei responsabili delle strutture organizzative professionali non attribuite a specifici dipartimenti.

Art. 61

Dipartimenti di coordinamento tecnico e dipartimenti operativi interaziendali

1. Le Aziende sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità del percorso assistenziale, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, possono costituire appositi dipartimenti di coordinamento tecnico, sia a livello aziendale che interaziendale, cui è preposto un coordinatore nominato dal direttore generale. I coordinatori di detti dipartimenti, ove costituiti, partecipano nelle forme e con le modalità stabilite dallo statuto delle Aziende sanitarie ai processi decisionali della direzione aziendale.

2. Per le finalità di cui al comma 1, i direttori generali determinano:

a) i protocolli che devono essere elaborati per consentire lo svolgimento delle attività programmate;

b) le strutture organizzative impegnate nelle attività del dipartimento.

3. Per l'esercizio delle proprie competenze il coordinatore può avvalersi di un gruppo di lavoro appositamente costituito. Ai fini della concreta attuazione dei protocolli, le proposte elaborate dal coordinatore del dipartimento sono oggetto di apposite determinazioni delle direzioni aziendali delle Aziende sanitarie. Nel caso di dipartimenti interaziendali, agli adempimenti di cui al presente comma provvedono di concerto i direttori generali delle Aziende sanitarie interessate.

4. Al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse e di qualificare le prestazioni svolte in più presidi ospedalieri, su iniziativa della Giunta regionale, le Aziende sanitarie costituiscono dipartimenti operativi a livello interaziendale. A tal fine i direttori generali individuano di concerto:

a) il responsabile del budget;

b) gli apporti di ciascuna Azienda ai fini della determinazione del budget complessivo;

c) il regolamento del dipartimento.

5. La Giunta regionale può altresì autorizzare la costituzione di dipartimenti operativi interaziendali tra Aziende unità sanitarie locali e Aziende ospedaliere, insistenti sul medesimo territorio, finalizzati alla gestione comune delle attività di pianificazione strategica e controllo di gestione.

6. Gli atti della programmazione regionale individuano i dipartimenti di coordinamento tecnico da costituire obbligatoriamente.

Art. 62

Dipartimento dell'emergenza urgenza

1. In ogni Azienda unità sanitaria locale è costituito, previa identificazione del presidio ospedaliero di riferimento, il dipartimento dell'emergenza urgenza.

2. Tale dipartimento, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività ed i presidi presenti sul territorio dell'Azienda.

3. Al dipartimento è preposto un comitato direttivo, costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive, da direttori di unità operativa per ciascuna delle funzioni operative che partecipano alle attività del dipartimento e dal responsabile della centrale operativa 118.

4. Il responsabile del dipartimento è nominato, tra i membri del comitato, dal direttore generale su proposta del direttore sanitario.

5. Le attività del dipartimento sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale. Il regolamento disciplina in particolare le modalità di raccordo tra il dipartimento e gli organismi di volontariato che assolvono alle funzioni di primo soccorso e di trasporto di emergenza.

6. Nelle Aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una Azienda ospedaliera, quest'ultima partecipa obbligatoriamente al dipartimento dell'emergenza urgenza al quale fornisce, di norma, il presidio ospedaliero di riferimento. La specifica disciplina dei rapporti, ivi comprese le modalità di istituzione e funzionamento del comitato direttivo unificato e l'attribuzione della responsabilità del dipartimento, è determinata da apposita convenzione tra le Aziende interessate.

7. In relazione alle strutture organizzative dell'Azienda ospedaliera, tale convenzione stabilisce:

a) la consistenza delle funzioni di terapia intensiva impegnate nelle attività del dipartimento;

b) la consistenza organizzativa che assumono le funzioni mediche e chirurgiche che partecipano in modo stabile al dipartimento per le attività ospedaliere di pronto soccorso;

c) le modalità e le dotazioni con le quali funzioni operative collocate nei dipartimenti ospedalieri, ivi comprese quelle relative alle attività di laboratorio ed alla diagnostica per immagini, partecipano alle attività del dipartimento, assicurando continuativamente le prestazioni di propria competenza.

8. Le caratteristiche ed in requisiti operativi dei presidi, ed in particolare dei centri per l'emergenza territoriale, di quelli per il primo soccorso e del pronto soccorso ospedaliero, nonché le modalità di partecipazione al sistema regionale per l'emergenza ospedaliera dei dipartimenti di cui al presente articolo, sono stabiliti nell'ambito del piano sanitario regionale con apposita azione programmata.

9. Le Aziende sanitarie provvedono alla riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero attraverso l'istituzione di apposita struttura organizzativa professionale, dedicata in forma stabile alle attività ivi svolte, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza; la struttura organizzativa viene costituita in forma autonoma ovvero in forma di sezione secondo la rilevanza dell'attività di pronto soccorso svolta.

TITOLO VI

Presidi e prestazioni

Capo I Presidi

Art. 63 Presidi

1. I presidi del Servizio sanitario regionale sono costituiti da quelli delle istituzioni sanitarie pubbliche e delle istituzioni di cui all'articolo 18 presenti sul territorio regionale, nonché delle istituzioni sanitarie private accreditate, con le quali le Aziende sanitarie intrattengono gli specifici rapporti di cui all'articolo 8 del decreto delegato.

2. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi nonché i criteri e le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie sono disciplinati dalla l.r. 8/1999 e successive modificazioni.

3. Le prestazioni delle Aziende unità sanitarie locali, di norma, sono erogate nei presidi delle medesime. Tali prestazioni possono essere inoltre erogate, in conformità alle norme vigenti o in esecuzione di specifici accordi con gli organismi interessati, in sedi diverse, quali scuole ed altre strutture educative pubbliche, istituti giudiziari di prevenzione, custodia, detenzione, pena, rieducazione e recupero, residenze collettive e comunitarie, recapiti domiciliari, veicoli attrezzati per i vari tipi di trasporto

sanitario, luoghi di lavoro ed altri spazi di relazione tra operatori ed utenti. Tali accordi dovranno disciplinare tra l'altro la titolarità e le competenze relativamente agli interventi di adeguamento delle strutture utilizzate.

4. Per l'organizzazione dei presidi, le Aziende sanitarie utilizzano le sedi fisiche e le dotazioni strumentali ad esse attribuite ai sensi dell'articolo 5 del decreto delegato. Utilizzano inoltre le altre strutture comunque acquisite al proprio patrimonio o comunque disponibili. Funzionalmente sono inoltre presidi dell'Azienda unità sanitaria locale le sedi fisiche messe a disposizione dagli Enti locali, in caso di deleghe per la gestione delle funzioni di cui all'articolo 7, comma 2, lettera c) della l.r. 72/1997.

Art. 64

Organizzazione e funzionamento dei presidi

1. L'organizzazione interna ed il funzionamento di ciascun presidio sono determinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale dell'Azienda. In ogni presidio è affisso per estratto il regolamento di funzionamento al fine di facilitare la fruizione delle prestazioni da parte dell'utenza.

2. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria attribuisce la responsabilità dei singoli presidi. Il responsabile del presidio garantisce l'operatività, l'idoneità e l'agibilità funzionale di ciascun presidio.

3. Il responsabile del presidio ospedaliero dell'Azienda unità sanitaria locale è il dirigente di cui all'articolo 59, comma 5. Ove il presidio ospedaliero si articoli su più stabilimenti il responsabile di presidio può avvalersi, in relazione alla dimensione degli stessi ed alla loro dislocazione territoriale, di specifici referenti di stabilimento.

4. Per l'Azienda ospedaliera il responsabile del presidio ospedaliero è il direttore sanitario dell'Azienda medesima, il quale può avvalersi di specifici referenti nel caso di articolazione in più presidi.

Capo II Prestazioni

Art. 65 Prestazioni

1. L'Azienda unità sanitaria locale assicura ai cittadini residenti sul proprio territorio l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli di assistenza del piano sanitario regionale, secondo gli atti della programmazione regionale e locale; per tali prestazioni l'Azienda unità sanitaria locale si fa carico degli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, deter-

minate dalla legislazione nazionale e regionale. Nelle stesse forme l'Azienda unità sanitaria locale assicura le prestazioni ai soggetti assimilabili ai residenti ai sensi della vigente normativa.

2. Per le prestazioni di cui al comma 1, l'Azienda unità sanitaria locale si avvale dei presidi di cui all'articolo 8 bis del decreto delegato per favorire l'esercizio del diritto di libera scelta dell'utente. Gli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione previste, fanno carico, per i cittadini residenti nelle altre Aziende unità sanitarie locali della regione, a queste ultime, e per gli altri utenti, agli appositi fondi di compensazione per la mobilità interregionale o internazionale, secondo le procedure e le modalità previste dalla legislazione vigente.

3. Le Aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse pubblico, possono svolgere attività a pagamento nei riguardi di istituzioni pubbliche o private o di privati cittadini, sulla base delle disposizioni delle normative regionali e statali vigenti.

4. Gli atti regionali di programmazione sanitaria, nell'ambito degli obiettivi di controllo della spesa, anche al fine di far fronte agli eventuali disavanzi di gestione delle Aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 29 della legge 28 febbraio 1986 n. 41 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato) e dell'articolo 13 del decreto delegato, possono prevedere:

a) la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione dei cittadini al costo delle prestazioni, ferma restando l'esenzione dei soggetti esonerati dalla partecipazione stessa;

b) l'aumento della quota fissa sulle singole prescrizioni farmaceutiche e sulle ricette relative a prestazioni sanitarie, fatto salvo l'esonero totale per i farmaci salvavita.

Art. 66

Accesso alle prestazioni

1. L'accesso alle prestazioni erogate nei presidi del Servizio sanitario regionale, è subordinato, di norma, alla prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale, fatte salve le prestazioni connesse alle attività di emergenza urgenza, quelle relative ai trattamenti sanitari obbligatori, quelle di prevenzione, nonché quelle previste dalle disposizioni statali e regionali vigenti.

2. L'attività ambulatoriale per il trattamento di specifiche patologie di rilevanza sociale all'interno dei presidi delle Aziende sanitarie, è regolata secondo i seguenti principi:

a) le attività svolte debbono avere carattere specialistico e non ripetitivo di prestazioni già assicurate dal

medico di fiducia dell'interessato o da altro specialista del Servizio sanitario regionale;

b) l'accesso alle prestazioni ed ai cicli di attività è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

3. L'accesso all'assistenza farmaceutica è disciplinato dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 2, del decreto delegato. Le modalità di fruizione delle prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sono disciplinate dalle convenzioni di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto delegato. L'accesso alle prestazioni erogate dai professionisti di cui all'articolo 8, comma 8, disciplinato sulla base degli appositi rapporti previsti, è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

4. Le modalità dell'accesso dell'utente ai presidi delle istituzioni sanitarie private sono disciplinate, nell'ambito delle disposizioni della presente legge, dall'atto convenzionale che regola i rapporti tra Azienda unità sanitaria locale e l'istituzione. L'accesso diretto dell'utente per le prestazioni specialistiche, ivi comprese quelle riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio ed ospedaliere, è subordinato all'apposita prescrizione, proposta o richiesta compilata sul modulario del Servizio sanitario nazionale.

Art. 67

Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private

1. Gli atti regionali della programmazione sanitaria determinano i criteri sulla base dei quali le Aziende unità sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche, per l'erogazione delle prestazioni necessarie al conseguimento dei livelli di assistenza definiti dalla programmazione regionale, fatte salve le normative vigenti in relazione agli organismi di volontariato e di privato sociale. Tali criteri tengono conto, in particolare:

- a) del grado di copertura del fabbisogno;
- b) degli esiti delle procedure di accreditamento e delle verifiche della qualità delle prestazioni;
- c) dell'esistenza di particolari condizioni di disagio operativo o di condizioni di critica accessibilità, dei vincoli di carattere economico e delle disposizioni normative vigenti.

2. L'Azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui agli artt. 8 e seguenti del decreto delegato. La Giunta regionale determina tariffe massime per ogni prestazione; al perfezionamento del rapporto si

provvede a seguito di negoziazione effettuata, sulla base di volumi prefissati di prestazioni, in riferimento alle tariffe determinate dalla Giunta regionale e tenuto conto della complessità organizzativa della struttura in relazione ai criteri di cui al comma 1, lett b).

3. La Giunta regionale, nell'ambito delle disposizioni di cui al comma 1, determina le modalità operative per l'omogenea realizzazione sul territorio regionale dei rapporti di cui al comma 2.

4. Al fine di una corretta informazione dei cittadini, l'Azienda unità sanitaria locale cura la tenuta di elenchi delle strutture che erogano prestazioni in forma diretta, con l'indicazione delle prestazioni fruibili; l'Azienda unità sanitaria locale ha l'obbligo di assicurare la massima diffusione di tali elenchi.

5. L'istituzione privata è tenuta ad informare i cittadini dell'esistenza dei rapporti di cui al comma 2, indicando in apposito elenco le prestazioni fruibili in forma diretta.

6. Per l'accesso alle prestazioni specialistiche in regime di ricovero in forma indiretta, si applica la disciplina di cui alla legge regionale 22 gennaio 1997, n. 5 che regola l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali da individuarsi sulla base delle disposizioni del piano sanitario regionale.

TITOLO VII

Strumenti di consulenza, di studio e di accertamento della qualità in materia sanitaria

Capo I

Agenzia regionale di sanità

Art. 68

Natura giuridica dell'Agenzia regionale di sanità

1. L'ARS, già istituita ai sensi dell'articolo 57 dello Statuto della Regione, per lo svolgimento di compiti di studio e ricerca in materia di organizzazione e programmazione sanitaria, è ente dipendente della Regione Toscana, dotato di personalità giuridica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Art. 69

Compiti e attribuzioni

1. L'ARS svolge funzioni di supporto e consulenza tecnico scientifica al Consiglio e alla Giunta regionale in materia di organizzazione e programmazione sanitaria. In particolare provvede a:

- a) effettuare studi preparatori per gli atti di programmazione regionale;

b) definire gli indicatori dello stato di salute della popolazione e sui risultati delle attività del Servizio sanitario regionale;

c) definire e sviluppare strumenti per l'analisi dei bisogni sanitari e della domanda di prestazioni;

d) elaborare strumenti per la promozione e l'educazione alla salute al fine del miglioramento del quadro epidemiologico;

e) svolgere analisi e individuare strumenti per verificare la qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, in funzione dell'attuazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie, previsto dal decreto delegato;

f) analizzare l'impatto economico conseguente alla realizzazione degli obiettivi programmatici regionali e alle dinamiche dei servizi;

g) analizzare l'evoluzione dei modelli organizzativi e gestionali a carattere innovativo, ai fini della piena attuazione del processo di aziendalizzazione e del suo sviluppo a sistema;

h) assicurare la circolazione delle conoscenze e dei risultati di cui alle precedenti lettere.

2. L'ARS, nell'ambito delle materie e compatibilmente con i compiti di cui al comma 1, svolge attività di consulenza, studio e ricerca su committenza delle Aziende sanitarie, degli Enti locali e di altri soggetti pubblici e privati.

3. Al fine di espletare le funzioni di cui ai commi 1 e 2, l'ARS può:

a) effettuare sopralluoghi, acquisire notizie e documentazioni;

b) procedere all'acquisizione di dati, attraverso la raccolta diretta e sistematica e l'accesso a banche dati, nonché alla loro elaborazione, pubblicazione e diffusione nel rispetto della legge 31 dicembre 1996, n. 675 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali);

c) provvedere alla gestione di reti di monitoraggio e di altri sistemi di indagine;

d) promuovere il coordinamento dei centri di eccellenza nei settori di interesse dell'ARS all'interno del Servizio sanitario nazionale, individuando forme di collaborazione con analoghi istituti a livello nazionale.

4. Il Consiglio e la Giunta regionale possono affidare all'ARS ulteriori specifici incarichi nell'ambito delle competenze ad essa attribuite.

5. Il Consiglio e la Giunta regionale sentono l'ARS in materia di programmazione e organizzazione sanitaria.

Art. 70

Prestazioni a favore di terzi

1. L'ARS può fornire prestazioni di studio, ricerca e

consulenza a favore di Enti, Aziende, associazioni pubbliche e private, anche al di fuori di quanto previsto all'articolo 69.

2. La stipula di convenzioni o contratti per le prestazioni di cui al comma 1, è subordinata al pieno assolvimento dei compiti attribuiti all'ARS dalla presente legge.

Art. 71

Organi

1. Sono organi dell'ARS:

- a) il presidente;
- b) il consiglio di amministrazione;
- c) il comitato scientifico;
- d) il collegio dei revisori dei conti.

Art. 72

Regolamento

1. Il regolamento dell'ARS è adottato dal consiglio di amministrazione su proposta del presidente, sentiti i coordinatori di cui all'articolo 83. Il regolamento è inviato alla Giunta regionale che lo trasmette al Consiglio regionale con proprie eventuali osservazioni entro trenta giorni. Il regolamento è approvato dal Consiglio regionale nei trenta giorni successivi.

2. Il regolamento, nell'ambito dei principi fissati dalla presente legge, disciplina l'organizzazione, il funzionamento degli organi, la pubblicità degli atti, le modalità di accesso dei terzi ai dati ed alle informazioni in possesso dell'ARS, i compiti del segretario amministrativo, l'organizzazione del lavoro, la dotazione organica e le modalità di reclutamento del personale.

Art. 73

Consiglio di amministrazione. Composizione e funzionamento

1. Il consiglio di amministrazione è nominato dal Consiglio regionale ed è così composto:

- a) dal presidente eletto dal Consiglio regionale;
- b) da cinque membri eletti dal Consiglio regionale con voto limitato;
- c) un membro eletto dal Consiglio regionale su designazione della Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria.

2. È membro di diritto il vice presidente del CSR

3. Il consiglio di amministrazione dura in carica quanto il Consiglio regionale che lo ha nominato ed esercita le proprie funzioni fino al rinnovo.

4. Il consiglio di amministrazione è convocato dal

presidente e si riunisce almeno mensilmente. La convocazione avviene anche su richiesta di tre consiglieri.

5. Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei consiglieri e ad esse partecipano, senza diritto di voto, i coordinatori degli osservatori e il segretario dell'ARS. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei consiglieri presenti salvo quanto previsto dall'articolo 74, comma 1, lettere b) e g).

Art. 74

Consiglio di amministrazione. Competenze

1. Il consiglio di amministrazione:

- a) elegge nel suo seno il vice presidente;
- b) delibera, a maggioranza assoluta, la nomina dei coordinatori di cui all'articolo 83;
- c) nomina il segretario amministrativo;
- d) delibera il bilancio preventivo annuale e pluriennale e il bilancio di esercizio;
- e) delibera il programma annuale e pluriennale, su proposta del presidente, sentito il parere del comitato scientifico, ove costituito;
- f) approva la relazione annuale del presidente;
- g) delibera, a maggioranza assoluta, il regolamento dell'ARS.

2. Il bilancio preventivo annuale ed il bilancio pluriennale sono deliberati entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento; il bilancio di esercizio è deliberato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. Il consiglio di amministrazione può nominare, in relazione alla dimensione e alla complessità delle attività dell'ARS, un comitato scientifico ed un suo coordinatore.

4. Il comitato scientifico è costituito da non più di sette studiosi ed esperti nelle materie oggetto dell'attività dell'ARS. Il regolamento di cui all'articolo 72 individua, altresì, i compiti del comitato scientifico medesimo.

Art. 75

Presidente

1. Il presidente:

- a) rappresenta legalmente l'ARS;
- b) convoca e presiede le sedute del consiglio di amministrazione e ne stabilisce l'ordine del giorno;
- c) cura i rapporti con gli organi della Regione;
- d) presenta annualmente alla Giunta regionale, che la trasmette al Consiglio regionale, una relazione sull'attività svolta dall'ARS;
- e) svolge altri compiti previsti dal regolamento.

2. Il vice presidente sostituisce il presidente in caso di assenza o impedimento.

Art. 76

Collegio dei revisori dei conti

1. Il collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri effettivi e da due supplenti iscritti nel registro dei revisori contabili.

2. Il collegio dei revisori è nominato con decreto del presidente della Giunta regionale su deliberazione del Consiglio regionale, proposta dalla Giunta, adottata con voto limitato, contestualmente alla elezione del consiglio di amministrazione.

3. Il presidente del collegio è individuato dal Consiglio regionale tra i membri del collegio stesso nominati ai sensi del comma 2.

4. Il presidente del collegio partecipa, su richiesta del presidente dell'ARS, alle sedute del consiglio di amministrazione.

5. Il collegio scade con lo scadere del consiglio di amministrazione.

6. Il trattamento economico dei componenti il collegio è quello previsto per il collegio sindacale delle Aziende unità sanitarie locali.

Art. 77

Competenze del collegio dei revisori dei conti

1. Il collegio dei revisori dei conti:

- a) controlla la regolarità amministrativa e contabile dell'ARS, con diritto di accesso, agli atti e documenti dell'ARS;
- b) relazione sulla conformità del bilancio preventivo e di esercizio alle norme di legge; la relazione è allegata ai predetti atti;
- c) presenta semestralmente al Consiglio ed alla Giunta regionale una relazione sull'andamento della gestione amministrativa e finanziaria dell'ARS.

Art. 78

Controllo sugli atti

1. Sono sottoposti ad approvazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta, i seguenti atti dell'ARS

- a) bilancio preventivo annuale e pluriennale;
- b) bilancio di esercizio.

2. La Giunta regionale provvede a formulare la proposta entro trenta giorni dal ricevimento degli atti.

Il Consiglio regionale procede all'approvazione entro i trenta giorni.

3. Ai fini di cui al comma 2, al bilancio trasmesso per

la sua approvazione sono allegati i programmi pluriennale e annuale di attività.

4. La Giunta regionale esercita la vigilanza sull'attività dell'ARS.

Art. 79

Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione

1. Il consiglio di amministrazione può essere sciolto dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta, nei casi di inattività, violazione di legge, gravi inadempienze nell'attuazione del programma di cui all'articolo 81.

2. Lo scioglimento è disposto con deliberazione approvata a maggioranza assoluta ed è preceduto da formale diffida, deliberata dalla Giunta regionale, a provvedere o a presentare deduzioni in ordine ai fatti contestati entro il termine stabilito.

3. La riduzione per qualsiasi motivo del numero dei consiglieri a meno della metà comporta di diritto lo scioglimento del consiglio di amministrazione.

4. In caso di scioglimento o decadenza, il Consiglio regionale nomina un commissario e provvede, entro i novanta giorni successivi, alla costituzione del nuovo consiglio di amministrazione.

Art. 80

Indennità e rimborso spese

1. Al presidente ed ai membri del consiglio di amministrazione, al coordinatore e ai componenti del comitato scientifico, ove costituito, è corrisposta un'indennità mensile di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia con quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.

2. Ai soggetti di cui al comma 1 spetta il rimborso spese nella misura stabilita per i dirigenti regionali.

Art. 81

Programma di attività

1. Il programma pluriennale e annuale di attività indica le linee generali dell'attività dell'ARS e pone gli obiettivi da perseguire nel periodo considerato.

2. Il Consiglio regionale e la Giunta regionale, sentita la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria, entro il 31 luglio di ciascun anno, formulano proposte ai fini della predisposizione del programma dell'ARS.

3. Le proposte di cui al comma 2, costituiscono parte

essenziale e prioritaria del programma di attività dell'ARS. Lo svolgimento di ulteriori attività è subordinato al loro pieno assolvimento.

4. Il Presidente della Giunta regionale ed il Presidente del Consiglio regionale possono richiedere all'ARS che siano messe a loro disposizione le conoscenze e le informazioni in suo possesso.

Art. 82

Personale

1. L'ARS, per lo svolgimento della propria attività, può:

- a) avvalersi di personale a rapporto privato;
- b) avvalersi di personale trasferito dalle Aziende sanitarie o dagli Enti locali, nonché del personale trasferito dal ruolo unico regionale per funzioni tecnico amministrative;
- c) stipulare convenzioni con Enti pubblici o privati aventi medesime finalità.

2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, provvede a dotare l'ARS delle risorse necessarie per espletamento delle funzioni ad essa attribuite, mediante trasferimento di personale, nonché mediante l'attribuzione dei beni mobili, immobili e delle attrezzature necessarie.

3. I dipendenti di pubbliche amministrazioni chiamati ad assumere incarichi dirigenziali con contratto a tempo determinato presso l'ARS, sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianità di servizio, ai sensi dell'articolo 19, comma 6, del decreto legislativo 29/1993 e successive modificazioni.

Art. 83

Articolazioni di funzioni e struttura operativa

1. L'ARS articola le proprie funzioni attraverso osservatori corrispondenti a distinte strutture operative, a ciascuno dei quali è preposto un coordinatore nominato dal consiglio di amministrazione tra persone di provata esperienza nella materia, in possesso del diploma di laurea. All'individuazione dei coordinatori degli osservatori si procede previa selezione pubblica.

2. Il rapporto di lavoro dei coordinatori di cui al comma 1, è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni. Ai medesimi è corrisposto un trattamento economico nella misura non superiore a quello attribuito ai direttori sanitari delle Aziende unità sanitarie locali.

3. Sono istituiti tre osservatori così denominati:

- a) osservatorio di epidemiologia;
- b) osservatorio per la qualità;
- c) osservatorio di economia sanitaria.

4. Il Consiglio regionale può deliberare, su proposta della Giunta regionale, sentito il consiglio di amministrazione, la costituzione di ulteriori osservatori, definendone le finalità e le funzioni nel rispetto dei criteri e con le modalità contenute nel presente articolo e delle disposizioni contenute all'articolo 87.

5. La struttura degli osservatori è proposta dai coordinatori di cui al comma 1, ed è definita nell'ambito del regolamento di cui all'articolo 72.

6. Gli osservatori sono dotati di adeguati strumenti di calcolo in rete con i sistemi informativi regionali e si raccordano a livello locale con i sistemi informativi delle province, dei comuni e delle Aziende sanitarie. Si avvalgono, altresì, di collegamenti per la ricerca bibliografica informatizzata.

7. Gli osservatori, nell'ambito delle direttive impartite dal consiglio di amministrazione, rispondono con la loro attività alle esigenze di programmazione del Consiglio e della Giunta regionale. Sono altresì organismi di supporto per la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria regionale.

Art. 84

Osservatorio di epidemiologia. Funzioni

1. L'osservatorio di epidemiologia ha il compito di:

- a) produrre dati descrittivi sulla salute della popolazione toscana, individuando indicatori utili a identificare i problemi emergenti;
- b) studiare e sperimentare metodi adeguati per la previsione di scenari epidemiologici conseguenti alle diverse azioni sanitarie;
- c) individuare e sperimentare indicatori di qualità dei servizi sanitari a livello regionale;
- d) produrre ricerche, documenti preparatori per la relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 23;
- e) valutare l'impatto epidemiologico dei diversi piani attuativi;
- f) analizzare, monitorare e quando opportuno, svolgere progetti di ricerca sanitaria finalizzata di interesse regionale.

2. Le attività di cui al comma 1, sono rivolte all'ambito preventivo, diagnostico e terapeutico del Servizio sanitario regionale.

Art. 85

Osservatorio per la qualità. Funzioni

1. L'osservatorio per la qualità ha il compito di:

- a) predisporre criteri operativi in merito alla concessione di crediti di qualità;
- b) elaborare linee-guida relative alla qualità dei servizi;

c) individuare requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private;

d) curare la compilazione di appositi manuali per l'adesione all'accreditamento;

e) fornire indicatori di processo e di esito, rilevabili nell'ambito dei flussi informativi attivati, per la verifica dei requisiti di qualità e della permanenza dei requisiti di accreditamento compreso quello di eccellenza.

Art. 86

Osservatorio di economia sanitaria. Funzioni

1. L'osservatorio di economia sanitaria ha il compito di:

- a) elaborare modelli econometrici da applicare al settore sanitario e analizzare l'impatto sul tessuto economico regionale della spesa sanitaria;
- b) effettuare analisi comparate dei costi e dell'efficacia di modelli organizzativi e tipologie di soggetti produttori;
- c) effettuare analisi dei costi e valutazioni di efficacia di programmi e progetti di riordino del Servizio sanitario regionale;
- d) elaborare procedure di gestione aziendale.

Art. 87

Organizzazione, attività e rapporto degli osservatori con le strutture tecniche regionali

1. Gli osservatori possono produrre elaborati in proprio od avvalersi di collaborazioni esterne. Ai fini predetti essi sono autorizzati all'accesso a tutti i flussi di dati attinenti alla salute a carattere regionale dovunque collocati, ed in particolare:

- a) scheda di dimissione ospedaliera;
- b) interruzioni volontarie di gravidanza;
- c) archivio malattie infettive;
- d) archivio regionale AIDS;
- e) registro malformazioni;
- f) archivio regionale di mortalità;
- g) registro tumori toscano ed altri eventuali attinenti;
- h) servizi di elaborazione dati e verifica di qualità delle Aziende sanitarie e strutture private.

2. L'accesso ai flussi di dati di cui al comma 1, comprende la possibilità di trattamento dei dati sensibili a livello individuale nominativo o comunque identificabile. Detto trattamento avviene sotto la responsabilità dei coordinatori degli osservatori, d'intesa con il responsabile di ciascun flusso, nel rispetto della legge 675/1996.

3. Le collaborazioni esterne avvengono su progetti specifici e sono finalizzate ad ottimizzare le competenze presenti nella regione nei campi di interesse. Gli osservatori si avvalgono di una rete di strutture competenti, della quale promuovono anche il coordinamento, avuto

riguardo ai progetti specifici che coinvolgono le diverse pluriarticolazioni della rete.

4. Gli osservatori collaborano altresì su specifici progetti con le università toscane, il Consiglio Nazionale delle Ricerche, gli enti di ricerca e le società scientifiche di settore.

5. Gli osservatori promuovono un permanente contatto e collaborazione con le Aziende sanitarie e gli istituti privati che partecipano con le proprie attività alla individuazione, fattibilità e realizzazione dei progetti di lavoro degli osservatori.

6. I rapporti operativi fra gli osservatori e le strutture delle Aziende sanitarie interessate sono regolamentati attraverso specifici accordi convenzionali fra le rispettive amministrazioni.

Capo II Consiglio sanitario regionale

Art. 88 Consiglio sanitario regionale

1. Il CSR, già istituito, è organismo tecnico consultivo della Giunta e del Consiglio regionale.

2. Il CSR ha sede presso il centro direzionale della Giunta regionale.

Art. 89 Funzioni

1. Il CSR svolge le seguenti funzioni:
a) consulenza in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;
b) parere sui provvedimenti di contenuto tecnico sanitario.

Art. 90 Organi

1. Sono organi del CSR:
a) il presidente;
b) il vice presidente;
c) l'ufficio di presidenza;
d) l'assemblea.

Art. 91 Presidente

1. Il CSR è presieduto dall'assessore regionale competente con il compito di:
a) convocare e presiedere l'assemblea del CSR;
b) presiedere l'ufficio di presidenza;

c) proporre all'ufficio di presidenza il programma di attività e l'ordine del giorno dei lavori;
d) sovrintendere all'attuazione dei programmi di attività del CSR;
e) presentare annualmente al Consiglio regionale e alla Giunta regionale la relazione sull'attività del CSR;
f) proporre al CSR il regolamento interno.

Art. 92 Vice presidente

1. Il vice presidente del CSR è il presidente in carica della Federazione Regionale Toscana dell'Ordine dei Medici.

2. Il vice presidente è delegato dal presidente a svolgere tutte le funzioni di cui all'articolo 91.

Art. 93 Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni

1. L'ufficio di presidenza è composto:
a) dal presidente del CSR;
b) dal vice presidente del CSR;
c) da sei membri eletti al proprio interno dall'assemblea;
d) dal coordinatore del competente dipartimento della Giunta regionale;

2. L'ufficio di presidenza ha il compito di:
a) proporre all'assemblea il programma di attività annuale e pluriennale del CSR;
b) determinare l'ordine del giorno dei lavori;
c) costituire i gruppi di lavoro e proporre all'assemblea le commissioni permanenti o speciali e i relativi membri;
d) designare gli esperti regionali o extraregionali chiamati a collaborare con le commissioni di cui alla lettera c), assegnare alle medesime l'esame dei provvedimenti e decidere in ordine ai pareri da sottoporre all'esame dell'assemblea;
e) promuovere, d'intesa con la direzione dell'ARS, il coordinamento delle rispettive attività.

3. L'Ufficio di presidenza può attivare procedure d'urgenza per la formulazione dei pareri sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario di cui all'articolo 95, comma 1 lettera b), informandone l'assemblea nella prima seduta utile.

Art. 94 Assemblea. Composizione

1. L'assemblea del CSR è composta:
a) dal presidente del CSR che la presiede;
b) dal presidente in carica della Federazione regionale degli Ordini dei medici;

c) da ventotto membri, medici di comprovata esperienza, designati dalla Federazione di cui alla precedente lettera b), di cui tre medici di medicina generale, un pediatra di libera scelta e ventiquattro specialisti individuati nell'ambito delle discipline riferite alle aree funzionali ospedaliere, alle unità funzionali territoriali e al dipartimento della prevenzione, tenendo conto delle varie realtà territoriali;

d) da quattordici rappresentanti designati da ciascuno dei seguenti organismi professionali:

- uno dall'Ordine regionale dei veterinari;
- uno dalla Federazione regionale degli Ordini dei farmacisti;
- uno dall'Ordine regionale degli psicologi;
- uno dalle Commissioni provinciali odontoiatri della Toscana;
- uno dalla Federazione nazionale dei biologi;
- uno dalla Federazione regionale dei chimici;
- due dal Coordinamento regionale Collegi IPASVI, di cui un dietista;
- uno dal Coordinamento regionale Collegi ostetriche;
- uno dal Coordinamento regionale Collegi tecnici di radiologia;
- quattro scelti tra i dirigenti dalle rispettive organizzazioni professionali di cui, un tecnico di vigilanza e ispezione, un tecnico di laboratorio, un tecnico della riabilitazione, un assistente sanitario;

e) tre direttori sanitari delle Aziende unità sanitarie locali ed un direttore sanitario delle Aziende ospedaliere;

f) due direttori sanitari designati dalle associazioni rappresentative degli istituti privati;

g) tre esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato;

2. Il presidente del CSR invita a partecipare all'assemblea, con diritto di voto, il direttore generale dell'ARPAT e il presidente della Commissione regionale di bioetica, per gli argomenti di rispettiva competenza.

3. I membri di cui al comma 1, lettere b), c), d), e), f) e g) durano in carica dalla data di nomina o di elezione fino a quella di insediamento del Consiglio regionale.

4. In sede di prima applicazione della presente legge, i medesimi membri durano in carica fino alla data di un anno dalla prima riunione del CSR successiva alle elezioni regionali.

5. I membri di cui al comma 1 lettera e) sono designati dai direttori generali rispettivamente delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere.

6. I membri del CSR sono nominati dal Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale fatta eccezione degli esperti di cui al comma 1, lettera g). A tal fine le designazioni dei componenti di cui al comma 1, lette-

re c), d), e), f), sono trasmesse alla Giunta medesima entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale o dalla data indicata al comma 4.

7. La Giunta trasmette le proposte di nomina al Consiglio regionale non appena il numero delle designazioni pervenute ai sensi del comma 6, unitamente a quello dei componenti di cui al comma 1, lettere b), c), e), f), rappresenti la maggioranza dei componenti del CSR

8. La sostituzione per un qualsiasi motivo di uno dei componenti dell'assemblea, avviene con le procedure di cui al presente articolo.

9. Sono fatte salve le vigenti norme in materia di nomine e designazione in enti o organismi operanti nella Regione.

Art. 95 Assemblea. Funzioni

1. L'assemblea svolge le seguenti funzioni:

- a) consulenza e proposta in materia di organizzazione e programmazione sanitaria;
- b) pareri sui provvedimenti regionali di contenuto tecnico sanitario;
- c) parere obbligatorio sugli atti aventi carattere programmatico o dispositivo generale e sugli atti finali di tutti gli organismi tecnico sanitari di nomina regionale;
- d) adozione, entro trenta giorni dall'insediamento, del regolamento interno su proposta del presidente;
- e) nomina nella prima seduta a maggioranza semplice dei sei membri dell'ufficio di presidenza scelti al proprio interno di cui almeno uno tra i componenti di cui all'articolo 94, comma 1, lettera d);
- f) adozione del programma annuale di attività;
- g) supporto al monitoraggio dei livelli di assistenza, alla verifica della qualità del servizio, all'attuazione del sistema dell'accreditamento e alla elaborazione dei progetti innovativi sperimentali. A tal fine può richiedere studi, consulenze o ricerche all'ARS;
- h) collaborazione alla stesura della relazione sanitaria regionale;
- i) promozione, anche in collaborazione con soggetti pubblici e privati, di iniziative formative e culturali, nonché di studi e ricerche;
- l) promozione della elaborazione ed espressione di parere obbligatorio sulle linee guida e sui percorsi assistenziali nonché sui protocolli diagnostico e terapeutico riabilitativi, in collaborazione con le società scientifiche e la Federazione degli Ordini;
- m) designazione dei membri di propria competenza negli organismi tecnico sanitari regionali;
- n) espressione di eventuali pareri su provvedimenti aventi carattere sanitario a richiesta delle Aziende sanitarie e delle Conferenze dei sindaci;
- o) nomina delle commissioni di cui all'articolo 97.

2. Per lo svolgimento dei propri compiti il CSR può avvalersi di esperti nominati dal presidente su proposta dell'ufficio di presidenza, scelti anche su designazione delle società scientifiche di settore. A tali esperti spetta il compenso previsto per i componenti dell'assemblea.

3. Alle sedute dell'assemblea partecipa il coordinatore del competente dipartimento della Giunta regionale, il quale, a richiesta del presidente, può invitare i funzionari della Regione e delle Aziende interessate per la trattazione degli argomenti di rispettiva competenza.

4. Le riunioni dell'assemblea non sono pubbliche. Gli atti inerenti materie di interesse generale sono pubblicati per decisione del presidente del CSR, anche su richiesta dell'ufficio di presidenza.

Art. 96
Regolamento

1. Il regolamento del CSR è adottato dall'assemblea, su proposta del presidente, entro trenta giorni dalla seduta di insediamento.

2. Il regolamento definisce le norme per l'organizzazione e il funzionamento del CSR e le articolazioni di funzioni di cui all'articolo 97.

Art. 97
Articolazioni di funzioni

1. Il CSR articola le proprie funzioni in commissioni permanenti e speciali, per la trattazione di specifiche tematiche alle quali possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al Servizio sanitario regionale.

2. Le commissioni permanenti di cui al comma 1, sono:

- a) la commissione per la formazione sanitaria;
- b) la commissione per l'innovazione e la sperimentazione.

3. La commissione per la formazione sanitaria ha il compito di:

- a) formulare proposte in ordine ai fabbisogni formativi;
- b) esprimere pareri sui provvedimenti regionali inerenti la formazione;
- c) formulare proposte sugli obiettivi didattici e indirizzi per i piani formativi aziendali e regionali con particolare riguardo ai corsi post laurea e post diploma;
- d) fornire indicazione sui requisiti per l'accREDITAMENTO delle strutture formative⁽³⁾ e del personale docente e tutoriale sia del Servizio sanitario che dell'università;
- e) proporre linee guida formative per il personale impegnato nella verifica di qualità e nell'accREDITAMENTO.

4. La commissione per l'innovazione e la sperimentazione ha il compito di:

- a) esprimere parere sui progetti di innovazione tecnologica ed organizzativa nel settore della sanità;
- b) svolgere attività di consulenza, studio e ricerca in materia di innovazione tecnologica e gestionale delle Aziende sanitarie.

5. Ulteriori commissioni permanenti o speciali, per particolari tematiche, possono essere previste in relazione agli obiettivi fissati dagli atti di programmazione regionale.

Art. 98
Struttura

1. Per lo svolgimento delle proprie funzioni il CSR si avvale di un'apposita struttura tecnica cui è preposto un dirigente responsabile, coadiuvato da funzionari e personale amministrativo del dipartimento della Giunta regionale competente per materia.

2. La Giunta regionale provvede alla messa a disposizione del CSR di una sede idonea, nonché del materiale indispensabile per lo svolgimento dei compiti ad esso assegnati.

Art. 99
Indennità e rimborso spese

1. Ai membri dell'ufficio di presidenza individuati all'articolo 93, comma 1 lettere b) e c), è corrisposta una indennità mensile di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.

2. Agli altri membri del CSR, nonché ai componenti esterni delle commissioni permanenti e speciali è corrisposta una indennità di presenza per l'effettiva partecipazione ad ogni seduta e per non più di una seduta al giorno, nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale, in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione.

3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2, spetta il rimborso spese nella misura stabilita per i dirigenti regionali.

4. All'attività amministrativa necessaria per il funzionamento del CSR si provvede in conformità a quanto stabilito dalla legge regionale 7 novembre 1994, n. 81 (Recepimento del Decreto Legislativo 3 febbraio 1993, n. 29. Modifiche all'ordinamento della dirigenza e della struttura operativa regionale) e successive modifiche e integrazioni⁽⁵⁾.

TITOLO VIII
Patrimonio contabilità e contratti

Capo I
Patrimonio

Art. 100
Trasferimento dei beni

1. Con decreti del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione del Consiglio regionale proposta dalla Giunta, sono trasferiti, con i criteri e le modalità di cui ai commi 3, 4 e 5, alle Aziende sanitarie i beni facenti parte del patrimonio dei comuni che alla data del 31 marzo 1996 presentino i requisiti di cui al comma 2 e per i quali non sono state attivate le procedure di trasferimento ai sensi della normativa regionale in vigore alla medesima data.

2. Sono trasferiti alle Aziende sanitarie i beni di proprietà dei comuni che presentino i seguenti requisiti:

- a) destinazione e scopi esclusivamente sanitari;
- b) beni immobili ad utilizzazione promiscua, con destinazione e scopi esclusivamente sanitari per la parte prevalente del bene;
- c) individuazione in programmi di investimento finanziati con risorse sanitarie e deliberati dal Consiglio regionale.

3. Sono altresì trasferiti con le modalità di cui al comma 1 i beni da reddito e i beni mobili iscritti negli inventari delle Aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data del 31 marzo 1996 per i quali non risultano attivate le procedure di trasferimento ai sensi della normativa regionale in vigore alla medesima data, ovvero i beni da reddito e i beni mobili iscritti negli inventari delle Aziende sanitarie o risultanti dalla loro contabilità di magazzino alla data di entrata in vigore della presente legge.

4. Ai fini dell'attivazione delle procedure di cui al comma 1 per i beni per i quali dette procedure non risultano ancora iniziate, i direttori generali delle Aziende unità sanitarie locali deliberano un atto ricognitivo dei beni di cui al presente articolo distintamente indicati per le singole categorie con la specificazione del valore dei beni stessi, e dei riferimenti catastali. Tale atto è, trasmesso alla Giunta regionale e al sindaco del comune sul cui territorio si trova il bene immobile il quale, sentita la Conferenza dei sindaci, esprime il proprio parere alla Giunta regionale stessa nei trenta giorni successivi alla data di ricevimento.

5. Il parere di cui al comma 4 è obbligatoriamente espresso in merito:

- a) ai beni appartenenti o comunque in dotazione ai comuni destinati a servizi igienico sanitari e costituenti beni di prima dotazione delle unità sanitarie locali alla data del 24 maggio 1980 ai sensi della normativa regionale vigente alla medesima data;

b) ai beni acquisiti dai comuni successivamente alla data di cui alla lettera a) con autonome fonti di finanziamento;

c) ai beni sede delle aziende farmaceutiche provenienti dai disciolti enti ospedalieri, indipendentemente dalle forme giuridiche utilizzate per la loro gestione;

d) ai beni su cui deve essere posto un vincolo di destinazione ai sensi del piano regionale di assistenza sociale di cui alla l.r. 72/1997.

6. Nel caso in cui il parere del sindaco di cui al comma 5, non sia in tutto o in parte favorevole o non sia reso nei termini prescritti, la Giunta regionale convoca il sindaco o i sindaci dei comuni ove sono posti i beni da individuare ai fini del trasferimento e il direttore generale della Azienda sanitaria interessata, al fine di acquisire il parere non espresso ovvero al fine di comporre le divergenti posizioni. La Giunta regionale, esperite le procedure dei commi 5 e 6, propone al Consiglio regionale apposito atto deliberativo motivato per la definitiva destinazione dei beni da trasferire.

7. Il Presidente della Giunta regionale adotta previa deliberazione del Consiglio regionale di cui al comma 6 i decreti per il conseguente trasferimento alle Aziende sanitarie dei beni individuati ai sensi dei commi 4, 5 e 6.

8. Le Aziende sanitarie ed i comuni, sulla base degli elenchi dei beni da trasferire deliberati dal Consiglio regionale, trasmettono alla Giunta regionale i dati necessari alla predisposizione dei decreti di trasferimento e curano gli eventuali aggiornamenti catastali.

9. I decreti di trasferimento costituiscono titolo, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del decreto delegato, per le conseguenti trascrizioni, registrazioni e volture e per tutti gli altri atti connessi al trasferimento ai quali provvede l'Azienda sanitaria nei termini di legge.

10. I beni sono trasferiti nello stato di fatto e di diritto in cui si trovano alla data di emanazione del decreto di trasferimento.

11. I beni trasferiti ai sensi del presente articolo, che si trovino nella disponibilità dei comuni, sono consegnati all'Azienda sanitaria entro sessanta giorni dall'emanazione del decreto di trasferimento; della consegna è redatto apposito verbale sottoscritto dal sindaco e dal direttore generale.

12. Per i beni per i quali alla data di entrata in vigore della presente legge risulti già iniziata la procedura di trasferimento le procedure medesime sono concluse secondo la normativa vigente al momento della loro attivazione.

Art. 101

Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti

1. Sono attribuiti alle Aziende sanitarie tutti i rapporti giuridici connessi ai beni loro trasferiti.

2. Alla ricognizione dei rapporti trasferiti si provvede in sede di consegna alle Aziende sanitarie e mediante redazione di apposito verbale sottoscritto dal sindaco e dal direttore generale.

Art. 102

Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti

1. Salvo quanto stabilito dal successivo comma 2 e dall'articolo 100, comma 12, i beni di proprietà dei comuni di cui all'articolo 100 sono trasferiti alla Azienda USL nel cui ambito territoriale di riferimento hanno sede.

2. Sono trasferiti alla rispettiva Azienda ospedaliera, i beni che, in base alla destinazione economico gestionale afferivano al presidio ospedaliero trasformato in Azienda ai sensi della normativa regionale. Sono altresì trasferiti all'Azienda ospedaliera quei beni da reddito che, già vincolati alla unità sanitaria locale di afferenza del medesimo presidio ospedaliero, provengono dall'originario ente ospedaliero da cui l'Azienda trae origine.

Art. 103

Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio

1. Per i beni immobili sia strumentali che da reddito le Aziende sanitarie comunicano alla Giunta regionale le iniziative di trasferimento a terzi di diritti reali che intendono adottare ai sensi dell'articolo 5, comma 2, del decreto delegato, nonché le iniziative di dismissione dalle funzioni istituzionali di beni strumentali. La Giunta regionale, nei quaranta giorni dalla comunicazione, può interdire l'iniziativa motivando in relazione ai previsti risultati di gestione o alle indicazioni del piano sanitario regionale. Si prescinde dal procedimento di cui al presente comma qualora la specifica iniziativa sia stata già prevista negli atti di programmazione aziendale o nel bilancio pluriennale dell'Azienda.

2. Le Aziende sanitarie provvedono allo smobilizzo dei beni da reddito e dei beni immobili dismessi dalle funzioni istituzionali. A tal fine gli atti di programmazione aziendale ed il bilancio pluriennale devono prevedere l'alienazione di tali beni, quali risultino di proprietà dell'Azienda al momento dell'adozione del piano, e deve disporre l'utilizzazione dei relativi proventi per finanziare il programma degli investimenti. Le previsioni di smobilizzo vincolano i successivi piani aziendali e bilanci pluriennali.

3. Le Aziende sanitarie possono accettare la donazione di attrezzature complete ovvero di somme di denaro destinate all'acquisto di determinate attrezzature soltanto

qualora esista un mercato concorrenziale per l'acquisto dei materiali di consumo connessi alla loro utilizzazione o, comunque, qualora il loro acquisto sia stato previsto nel piano attuativo e nel bilancio pluriennale già adottati.

4. Il comodato di attrezzature è consentito esclusivamente per poter svolgere sperimentazioni di comune interesse del comodante e del comodatario. Il comodato di beni può comunque costituire oggetto accessorio del contratto concernente la fornitura dei relativi materiali di consumo.

Art. 104

Procedura di alienazione dei beni immobili

1. Per poter avviare gli adempimenti per l'alienazione dei beni immobili è necessaria l'adozione da parte del direttore generale dell'Azienda sanitaria di un provvedimento che, in conformità alle previsioni dei piani attuativi e del⁽³⁾ bilancio pluriennale, individua i beni da alienare indicando il prezzo di stima determinato con le modalità di cui all'articolo 127⁽⁷⁾, comma 5, e la procedura da adottare.

2. I beni immobili sono alienati con offerta al pubblico. Dell'alienazione è dato pubblico avviso sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana e almeno su due quotidiani nazionali, di cui uno avente particolare diffusione sul territorio regionale. L'Azienda sanitaria può attuare ulteriori forme di pubblicità in ordine all'alienazione.

3. Il pubblico avviso contiene la descrizione del bene, il prezzo di stima, le modalità di svolgimento della procedura di alienazione, l'individuazione del responsabile del procedimento nonché il termine per la presentazione delle offerte.

4. Ai fini dell'aggiudicazione non sono ammesse offerte inferiori al prezzo di stima.

5. L'alienazione è disposta a favore del soggetto che ha offerto il miglior prezzo, fermo restando il diritto di prelazione da esercitare nei casi e con le modalità previsti dalla vigente legislazione.

6. Ove siano presentate offerte da parte di Enti locali nel cui territorio insiste il bene, ovvero di altre Amministrazioni pubbliche, queste, purché ammissibili ai sensi dei commi 4 e 5, prevalgono in caso di parità, fermo restando il diritto di prelazione di cui al comma 5 sulle offerte presentate da privati.

7. In caso di concorrenza di offerte di pari valore da parte di più soggetti di cui ai commi 5 e 6, l'Azienda sanitaria procede mediante trattativa privata tra i medesimi e aggiudica il bene alla migliore offerta.

8. In caso di mancata presentazione di offerte o in presenza solo di offerte inammissibili, l'Azienda sanitaria può procedere all'alienazione a trattativa privata, anche ad un prezzo inferiore a quello di stima, purché congruo al valore dell'immobile.

9. I beni immobili possono essere alienati altresì a trattativa privata in presenza di specifiche clausole di urgenza riferite all'esigenza di dover assicurare efficacia ed efficienza all'attività aziendale. A tal fine, il direttore generale dell'Azienda sanitaria avvia la relativa procedura attraverso l'adozione di apposito provvedimento motivato che giustifica il ricorso alla procedura predetta con riguardo all'esigenza di assicurare immediate risorse finanziarie da destinare al completamento dei programmi di investimento. Con la predetta deliberazione sono specificate le caratteristiche del bene di cui al comma 3 nonché sono indicati i soggetti da interpellare di cui almeno due pubblici, nonché, obbligatoriamente, la provincia ed il comune sul cui territorio insiste il bene stesso.

Art. 105

Inventario dei beni immobili e mobili

1. I beni immobili e mobili, che costituiscono immobilizzazioni materiali, sono descritti in separati registri inventariali, la cui tenuta è disciplinata, in conformità alle disposizioni del presente articolo, dal regolamento interno adottato dal direttore generale di ciascuna Azienda sanitaria.

2. L'iscrizione nei registri inventariali deve mantenere distinti i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali dell'Azienda da quelli in altro modo utilizzati.

3. Agli effetti della inventariazione, sono assimilati ai beni immobili le opere d'arte facenti parte integrante degli stessi, ed ai beni mobili le attrezzature sanitarie e tecniche ancorché connesse in modo stabile a beni immobili. Ai medesimi effetti i beni mobili sono classificati in maniera da tenere distinti:

a) il mobilio per uso sanitario da quello per uso d'ufficio;

b) le attrezzature, gli apparecchi e gli strumenti sanitari dalle attrezzature, dai macchinari tecnici ed economici, dalle macchine per ufficio e dagli automezzi;

c) i libri, le riviste e le pubblicazioni scientifiche dalle altre variamente attinenti la materia sanitaria, comunque in dotazione a biblioteche delle Aziende;

d) le opere d'arte, non facenti parte integrante di immobili, dai beni che rivestono interesse storico, culturale o scientifico.

4. Gli inventari riportano, in ordine rispettivamente ai beni immobili ed a quelli mobili:

a) numero progressivo e data di carico;

b) denominazione, descrizione e caratteristiche;

c) stato di conservazione;

d) estensione, per i beni immobili, e quantità, per i beni mobili;

e) ubicazione, titolo di provenienza ed altri dati catastali relativi ai beni immobili;

f) servitù, pesi ed oneri di cui il bene immobile è gravato;

g) valore determinato ai sensi degli artt. 113 comma 3 e 133 comma 1;

h) processo produttivo cui il bene è destinato ad articolazione organizzativa che ha preso in carico il bene stesso.

5. I registri inventariali sono oggetto di aggiornamento ogni qual volta si verificano variazioni nei dati concernenti i singoli beni e comunque, per quanto attiene al loro valore, alla chiusura di ciascun esercizio, in riferimento alle risultanze emerse in sede di redazione del bilancio di esercizio.

6. Gli uffici preposti alla tenuta degli inventari provvedono alla cancellazione dei singoli beni sulla base degli atti che ne abbiano accertato la perdita, trasferito la proprietà o dichiarato il fuori uso.

7. Nella procedura di dichiarazione di fuori uso i beni mobili che rivestono interesse ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica devono essere scaricati dal relativo inventario e riclassificati, ai fini della inventariazione, secondo i criteri di cui al comma 3. Nella procedura di alienazione o di trasferimento di proprietà si dovrà tenere conto anche del valore posseduto dai beni in ordine agli aspetti di documentazione storico culturale e scientifica.

8. Le Aziende sanitarie per l'accertamento della rilevanza dei beni ai fini della documentazione dell'evoluzione storica, culturale o scientifica della sanità pubblica e per stabilire le modalità per la loro conservazione, tutela e valorizzazione, possono avvalersi di apposite commissioni tecniche, nonché della collaborazione dei competenti organismi dell'amministrazione statale e regionale direttamente preposti alla loro tutela e valorizzazione culturale e scientifica.

Art. 106

Consegnatari responsabili

1. I beni oggetto di inventariazione, ed i beni comunque utilizzati dall'Azienda che sarebbero oggetto di inventariazione se fossero di sua proprietà, sono affidati a consegnatari responsabili mediante apposito verbale di consegna da essi sottoscritto.

2. Con apposita regolamentazione adottata dal direttore generale, viene stabilita l'individuazione dei conse-

gnatari responsabili, la configurazione di eventuali sub-consegnatari in rispondenza alla struttura organizzativa, le loro attribuzioni, i registri che debbono tenere e gli eventuali controlli.

3. I consegnatari o gli eventuali subconsegnatari, sono comunque personalmente responsabili dei beni loro affidati, nonché di qualsiasi danno che possa derivare all'Azienda da loro azioni od omissioni. Essi devono in ogni caso segnalare tempestivamente qualsiasi esigenza di manutenzione o di ristrutturazione dei beni immobili e devono informare gli uffici competenti di qualsiasi evento che renda necessario intraprendere azioni a difesa della proprietà o del possesso dei beni.

Art. 107

Beni di consumo e contabilità di magazzino

1. Sono esclusi dalla inventariazione di cui all'articolo 105 i beni di consumo. Tali beni costituiscono oggetto di apposita contabilità di magazzino, che pone in evidenza il movimento di essi mediante scritture funzionali a carico e scarico. La contabilità di magazzino è tenuta al fine di realizzare il controllo dei movimenti di entrata e di uscita, il controllo dei livelli delle scorte e la rilevazione dei consumi delle singole articolazioni organizzative.

2. I beni mobili di valore non superiore a lire cinquecentomila, pari a euro 255,49, sono comunque considerati beni di consumo.

3. Il direttore generale dell'Azienda sanitaria determina le modalità di tenuta della contabilità di magazzino e stabilisce le relative procedure e competenze, attenendosi alle direttive eventualmente impartite dalla Giunta regionale.

Art. 108

Beni in visione, prova e comodato

1. Tutti i beni che l'Azienda sanitaria ha in visione o in prova, e quelli di cui essa abbia la disponibilità a titolo di comodato, sono rilevati ed annotati in apposito registro a carico e scarico nel quale devono risultare i seguenti dati:

- a) tipo di bene;
- b) proprietario del bene;
- c) titolo di godimento;
- d) data di consegna ed estremi della bolla di accompagnamento;
- e) valore del bene;
- f) struttura aziendale che utilizza il bene e relativo consegnatario;
- g) data di restituzione ed estremi del documento di consegna.

2. Il direttore generale disciplina con apposito regolamento l'utilizzazione dei beni in visione o in prova.

Capo II Contabilità

Art. 109

Bilancio pluriennale di previsione

1. Il bilancio pluriennale è adottato in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale sulla base delle indicazioni che sono fornite dal piano sanitario regionale.

2. Il bilancio pluriennale, nel rispetto delle direttive impartite dalla Regione, traduce in termini economici le indicazioni del piano attuativo, con particolare riguardo agli investimenti programmati per il triennio considerato.

3. A tal fine, il bilancio pluriennale espone i dati economici previsionali distinti per esercizio derivanti dall'attuazione del piano ed a giustificazione del medesimo. 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.

4. Il bilancio pluriennale è aggiornato per scorrimento ed adottato annualmente, assieme al bilancio preventivo economico annuale.

5. Il bilancio pluriennale è corredato da una nota illustrativa e da una relazione del direttore generale: la nota illustrativa esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione; la relazione del direttore evidenzia i collegamenti con gli obiettivi del piano attuativo.

Art. 110

Bilancio preventivo economico annuale

1. Il bilancio preventivo economico annuale disaggrega la proiezione economica del bilancio pluriennale in relazione alle funzioni ed ai servizi da svolgere, alla articolazione organizzativa dell'Azienda o ai progetti indicati dal piano attuativo, in modo da evidenziare gli specifici apporti alla formazione delle singole poste previste dal bilancio pluriennale per il primo esercizio del periodo considerato.

2. Il bilancio preventivo economico annuale mette in separata evidenza i servizi socio assistenziali ed è predisposto in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale, anche in considerazione del contenuto del piano sanitario regionale. Per le Aziende unità sanitarie locali è fatto obbligo di dare rendicontazione delle spese per le funzioni socio assistenziali delegate dagli Enti locali.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato da una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione e da una relazione del direttore

generale che evidenzia⁽³⁾ i collegamenti con gli obiettivi del programma annuale. Al bilancio annuale è allegato il prospetto delle previsioni sui flussi di cassa, strutturato in conformità alle disposizioni sul consolidamento dei conti pubblici. Al bilancio è altresì allegato 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.

Art. 111

Bilancio di esercizio

1. Il bilancio di esercizio rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'Azienda, relativa al periodo considerato.

2. Il bilancio di esercizio si compone dello stato patrimoniale, del conto economico e della nota integrativa, per la cui redazione si applicano gli articoli 2423 e seguenti del codice civile.

3. La struttura del bilancio di esercizio deve conformarsi allo schema deliberato dalla Giunta regionale; qualora tale schema differisca da quello prescritto dal decreto interministeriale di cui all'articolo 5 comma 6 del decreto delegato, le Aziende sanitarie devono provvedere ad una ulteriore classificazione dello stato patrimoniale e del conto economico secondo la disciplina statale.

4. L'eventuale risultato positivo di esercizio è accantonato a riserva. Almeno il 20% dell'accantonamento a riserva è reso indisponibile per ripianare eventuali perdite nei successivi esercizi; la restante parte dell'accantonamento a riserva può essere destinata ad investimenti o ad iniziative straordinarie per il funzionamento dell'Azienda.

5. Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del direttore generale, predisposta secondo le direttive della Giunta regionale, nonché da allegati illustrativi della gestione finanziaria.

6. La relazione del direttore generale, in particolare evidenzia:

a) gli scostamenti dei risultati rispetto ai bilanci preventivi, fornendone le relative spiegazioni;

b) le cause dell'eventuale perdita di esercizio indicandone le modalità di ripiano;

c) i risultati conseguiti in termini di servizi e prestazioni, con riguardo anche agli obiettivi del piano attuativo e con distinto riferimento all'attività sanitaria e a quella socio assistenziale;

d) i dati analitici relativi al personale, con le variazioni intervenute durante l'anno.

7. Mediante gli allegati illustrativi della gestione finanziaria sono forniti 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.

Art. 112

Procedimento di adozione degli atti di bilancio

1. Il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, entro il 10 ottobre alla Giunta regionale per la relativa approvazione. Entro lo stesso termine il direttore generale trasmette il bilancio pluriennale e il bilancio preventivo economico annuale con allegata la relazione del collegio sindacale anche alla Conferenza dei sindaci per gli effetti di cui all'articolo 3, comma 14 del decreto delegato. La Conferenza rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.

2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette alla Giunta regionale entro il 31 ottobre per la relativa approvazione.

3. Entro il 30 aprile i direttori generali delle Aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono alla Giunta regionale per la relativa approvazione e, nel caso delle Aziende unità sanitarie locali, anche alla Conferenza dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.

4. Ai fini del controllo regionale sugli atti di bilancio dell'Azienda unità sanitaria locale, il termine di quaranta giorni previsto dall'articolo 34 comma 2 decorre dal momento del ricevimento delle osservazioni della Conferenza dei sindaci e, comunque dal ventesimo giorno dal ricevimento dell'atto.

5. La Giunta regionale in sede di approvazione degli atti di bilancio può richiedere l'adeguamento degli stessi alle prescrizioni contestualmente impartite; di tale adeguamento le Aziende sanitarie devono dare atto in sede di bilancio di esercizio.

Art. 113

Libri obbligatori

1. Ciascuna Azienda sanitaria deve tenere i seguenti libri obbligatori:

a) libro giornale;

b) libro degli inventari;

c)⁽³⁾ libro dei provvedimenti del direttore generale;

d) libro delle adunanze del collegio sindacale.

2. Il libro giornale registra indistintamente, ed in or-

dine 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, tenendo distinte quelle attinenti all'attività sanitaria da quelle concernenti i servizi socio assistenziali. All'aggiornamento del libro degli inventari si provvede al termine dell'esercizio e, con riguardo alle scorte ed alle immobilizzazioni materiali, si utilizzano le risultanze della contabilità di magazzino e dell'inventario di cui all'articolo 105. Alla valutazione degli elementi del patrimonio si provvede in conformità alle direttive emanate dalla Giunta regionale in coerenza con le disposizioni del codice civile.

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.

5. Fatti salvi gli adempimenti eventualmente prescritti dalla normativa vigente in materia tributaria, i libri obbligatori di cui al comma 1, prima di essere messi in uso, devono essere numerati progressivamente in ogni pagina, timbrati e sottoscritti dal direttore generale e dal presidente del collegio sindacale in ogni foglio. Il direttore generale e il presidente del collegio sindacale devono dichiarare nell'ultima pagina di ciascun libro il numero dei fogli che lo compongono.

Art. 114

Contabilità generale

1. Le Aziende sanitarie, mediante la registrazione dei fatti gestionali nel libro giornale e la loro imputazione ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, provvedono alla rilevazione dei costi e dei ricavi, e delle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio e nei relativi allegati.

2. A tal fine la Giunta regionale definisce il piano dei conti anche in relazione alle indicazioni del piano sanitario regionale e comunque in coerenza con il contenuto del bilancio di esercizio e dei relativi allegati.

3. I flussi di cassa sono in ogni caso oggetto di rilevazioni preordinate alla redazione dei prospetti periodici di cui all'articolo 30 della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

4. Mediante separate scritturazioni sono inoltre rilevati i crediti insorti a favore dell'Azienda e le obbligazioni da essa contratte, con l'indicazione della data in cui presuntivamente risulteranno esigibili; l'annotazione di

ciascuna operazione viene successivamente cancellata allorché l'obbligazione attiva o passiva sia stata rilevata ai sensi del precedente primo comma o sia stata riconosciuta comunque insussistente.

Art. 115

Sistema budgetario

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.

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. Sulla base dei budget settoriali e parziali, come definiti dal precedente comma è predisposto il budget generale dell'Azienda che, con riguardo all'intero esercizio, rappresenta i costi ed i ricavi riferibili alle articolazioni funzionali ed organizzative dell'Azienda.

4. Con specifico regolamento e nel rispetto delle direttive eventualmente impartite dalla Regione, l'Azienda disciplina le procedure, le competenze ed i criteri per la formazione dei budget, definisce gli strumenti di controllo e verifica sulla loro attuazione.

5. Il budget generale dell'Azienda è allegato al bilancio annuale di previsione.

6. Il piano sanitario regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria.

Art. 116

Contabilità analitica

1. 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.

2. Mediante 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.

3. Il direttore generale, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regio-

nale, definisce l'impostazione della contabilità analitica e le modalità con cui essa deve essere tenuta.

4. Il direttore generale assicura che le risultanze delle analisi dei costi e dei rendimenti, nonché i risultati per centri di costo della Azienda sanitaria abbiano idonee forme di pubblicità.

Art. 117

Controllo di gestione

1. Al fine di garantire la realizzazione degli obiettivi programmati e la corretta ed economica utilizzazione delle risorse, le Aziende sanitarie attivano il controllo della gestione economica aziendale. L'esercizio della funzione di controllo di gestione è regolamentato, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regionale, con apposito provvedimento aziendale che definisce le procedure da attivarsi, le competenze e le responsabilità delle strutture organizzative coinvolte, gli obiettivi da perseguire e i risultati da raggiungere.

2. Attraverso il controllo di gestione viene costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale e viene 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.

3. Il controllo di gestione si avvale dei dati contabili derivanti dalla contabilità generale e analitica e dei dati extra contabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

Art. 118

Responsabilità

1. Con provvedimento motivato, il direttore generale provvede a rimuovere dai rispettivi incarichi i responsabili delle strutture aziendali, da lui nominati che non abbiano conseguito i risultati previsti dai budget di loro competenza. A tal fine il direttore generale tiene conto del grado di scostamento accertato a consuntivo nonché di eventuali fattori esterni ed imprevedibili che abbiano reso impossibile conseguire i risultati preventivati.

2. I direttori generali delle Aziende sanitarie sono dichiarati decaduti dal loro incarico qualora dal bilancio di esercizio risulti una rilevante perdita non addebitabile a cause estranee alla loro responsabilità. Alla decadenza provvede il Presidente della Giunta regionale con provvedimento motivato da adottare previa deliberazione della Giunta medesima.

Art. 119

Modalità dei pagamenti e servizi di cassa

1. Salvo quanto stabilito dall'articolo 120, le Aziende sanitarie provvedono ai pagamenti attraverso il loro cassiere, al quale devono affluire tutte le somme comunque riscosse per conto dell'Azienda.

2. Il servizio di cassa è affidato, mediante contratto, ad un istituto di credito che cura i rapporti con la sezione di tesoreria provinciale dello Stato e che provvede al deposito dei titoli e valori dell'Azienda. Il contratto disciplina altresì la redazione dei prospetti dei flussi di cassa, previsti dalla normativa vigente, da trasmettere al Ministero competente ed i relativi adempimenti a carico dell'Azienda e dell'istituto.

3. L'affidamento del servizio di cassa è disposto nel rispetto della normativa comunitaria e nazionale vigente e secondo le procedure definite nel regolamento di cui all'articolo 121. L'offerta economicamente più vantaggiosa viene selezionata sulla base dei seguenti elementi di valutazione:

- a) migliori condizioni in ordine ai tassi di interesse,
- b) condizioni di valuta,
- c) tempi massimi di esecuzione dei pagamenti,
- d) numero e distribuzione territoriale degli sportelli aggiuntivi rispetto alla dotazione minima richiesta nel bando come requisito per l'aggiudicazione,
- e) entità di possibili conferimenti straordinari in conto capitale.

Nella scelta dell'affidatario si può tener conto, altresì, di ulteriori servizi offerti e delle relative condizioni.

4. Qualora il servizio sia affidato ad un gruppo di istituti creditizi, il contratto deve individuare l'istituto capofila in grado di rispondere nei confronti dell'Azienda e della sezione di tesoreria provinciale dello Stato.

5. Le Aziende sanitarie possono ricorrere all'accensione di anticipazioni con il loro cassiere nella misura massima di un dodicesimo dell'ammontare annuo del valore della produzione previsto nel bilancio preventivo annuale al netto dei costi capitalizzati e detratti i costi per mobilità sanitaria passiva.

6. Il direttore generale individua i funzionari preposti alla riscossione delle entrate, disciplina le procedure per disporre i pagamenti e determina le relative competenze.

Art. 120

Casse economali

1. Ciascuna Azienda sanitaria disciplina con apposito regolamento il servizio di cassa economale, che può articolarsi in una cassa centrale ed in casse periferiche. Il

servizio di cassa economale effettua direttamente i pagamenti in contanti e rimborsa, o anticipa, le somme per i pagamenti effettuati o da effettuare, in contanti.

2. Le somme messe a disposizione del servizio di cassa economale non possono eccedere l'ammontare complessivo stabilito dall'apposito regolamento aziendale e sono reintegrabili in corso di esercizio previa rendicontazione delle somme già spese.

3. I cassieri devono annotare su un registro cronologico tutte le operazioni effettuate e non possono eseguire alcun pagamento senza l'autorizzazione dell'ufficio competente.

4. Al termine di ciascun esercizio i responsabili degli uffici di economato rendono il conto della gestione. Il conto deve essere inoltre reso allorché siano da integrare le disponibilità o allorquando, per qualsiasi ragione, il responsabile dell'ufficio economato sia cessato dal proprio incarico.

Capo III Attività contrattuale

Art. 121

Regolamento aziendale dell'attività contrattuale

1. Nei limiti di quanto disposto dalla normativa comunitaria e nazionale vigente, l'attività contrattuale dell'Azienda è disciplinata con apposito regolamento adottato dal direttore generale in esecuzione dell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1 bis del decreto delegato.

2. Nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza che informano l'attività aziendale, il regolamento dell'attività contrattuale disciplina in particolare:

a) forme e modalità di contrattazione in relazione alla dimensione economica dei contratti ed alla tipologia di beni e servizi;

b) forme di pubblicità delle procedure di scelta del contraente e degli esiti delle stesse, eventualmente diversificate in relazione agli elementi di cui alla lettera a), e relative modalità di svolgimento;

c) contenuti essenziali degli atti di gara;

d) procedure di controllo sull'esecuzione dei contratti;

e) spese in economia;

f) tenuta e aggiornamento dell'elenco aziendale dei fornitori.

Art. 122

Programmazione dell'attività contrattuale

1. Le Aziende sanitarie provvedono alla programma-

zione dei lavori pubblici secondo quanto disposto dall'articolo 14 della legge 11 febbraio 1994 n. 109 (Legge quadro in materia di lavori pubblici) e successive modificazioni.

2. Le Aziende sanitarie provvedono alla programmazione annuale delle forniture e dei servizi in modo da conseguire economie di gestione nello svolgimento della loro attività contrattuale. A tal fine, dopo l'approvazione del bilancio preventivo economico annuale di cui all'articolo 110, il direttore generale, tenendo anche conto delle esigenze segnalate dai responsabili delle strutture aziendali, adotta il programma dell'attività contrattuale e ne dà debita pubblicità nelle forme previste dal regolamento di cui all'articolo 121. Per i contratti che non siano previsti dal programma, i responsabili delle strutture devono chiedere la preventiva autorizzazione del direttore generale per poter assumere il provvedimento a contrattare di cui all'articolo 123.

3. Le Aziende sanitarie, al fine di ottenere economie di scala possono procedere ad acquisti unificati per beni e servizi di comune utilizzo, dando mandato a svolgere le procedure per la scelta del contraente ad una delle Aziende ovvero ad eventuali strutture consortili o societarie interaziendali aventi competenza in materia.

Art. 123

Provvedimento a contrattare

1. Per addivenire alla conclusione di ciascun contratto, e per poter avviare le relative procedure, è necessaria l'adozione di un provvedimento che determini l'importo presunto, l'oggetto e le clausole essenziali del contratto, che motivi gli interessi pubblici che con esso si intendono perseguire, che individui il funzionario responsabile del procedimento contrattuale, che stabilisca la procedura ed i criteri di scelta del contraente.

2. Il provvedimento di cui al comma 1 è adottato dal direttore generale o dal responsabile della struttura secondo le competenze stabilite dall'atto aziendale o da specifico regolamento organizzativo del medesimo attuativo.

3. Nessuna fornitura di beni e prestazione di servizi può essere artificiosamente suddivisa in più contratti allo scopo di sottrarla alla applicazione della relativa disciplina.

4. Per i contratti di importo inferiore a lire 50 milioni, pari a euro 25.549,31, non è necessaria l'adozione del provvedimento a contrattare e la struttura organizzativa competente provvede alla scelta del contraente ed alla conclusione del contratto con le modalità stabilite nel regolamento aziendale dell'attività contrattuale per le spese in economia.

Art. 124

Condizioni e clausole contrattuali

1. I contratti devono avere termine e durata certi; i contratti attivi e passivi di locazione di immobili non possono superare i nove anni.

2. I contratti per la fornitura di beni e di servizi non devono prevedere dilazioni di pagamento superiore ai novanta giorni dalla data di esecuzione della prestazione contrattuale.

3. Le spese di copia, di registrazione ed ogni altra spesa connessa al contratto, compresi gli oneri tributari, sono a carico del privato contraente, salvo che per esplicita convenzione non venga stabilito diversamente.

4. I contratti devono prevedere le penalità per il mancato o inesatto adempimento, nonché per la ritardata esecuzione delle prestazioni. A garanzia della completa e regolare esecuzione del contratto il contraente deve prestare idonea cauzione secondo quanto previsto dalla normativa statale vigente.

5. Salvo che per i beni o prestazioni il cui prezzo sia determinato per legge o per atto amministrativo, i contratti devono prevedere prezzi fissi ed invariabili. Nei contratti di durata pluriennale è ammessa la clausola di adeguamento del prezzo in conformità alle vigenti disposizioni in materia.

6. I contratti devono prevedere che, qualora nel corso della loro esecuzione si renda necessario un aumento o una diminuzione della prestazione, il contraente è tenuto ad assoggettarvisi agli stessi patti e condizioni del contratto originario, sempre che le relative variazioni siano contenute entro il quinto dell'importo contrattuale e non siano tali da mutare la natura della prestazione originaria.

7. I contratti per la fornitura di beni e servizi, che abbiano durata non inferiore all'anno, possono prevedere l'obbligo del fornitore a proseguire la medesima prestazione, a richiesta dell'Azienda ed alle stesse condizioni, fino ad un massimo di altri novanta giorni per l'individuazione del nuovo contraente.

8. È fatto divieto all'appaltatore, sotto pena di decadenza dal contratto e di perdita della cauzione, di cedere in tutto o in parte la fornitura o il servizio aggiudicatogli. La fornitura o il servizio possono essere oggetto di subappalto nel rispetto della normativa vigente, salvo esplicito divieto contenuto nel bando di gara.

9. Lo statuto o il regolamento aziendale dell'attività contrattuale possono motivatamente derogare alle disposizioni di cui ai commi 6 e 7, con riferimento alla dimen-

sione economica dei contratti ed a determinate tipologie di beni e servizi.

Art. 125

Capitolati

1. Il Consiglio regionale delibera il capitolato generale per la fornitura di beni e servizi delle Aziende sanitarie. Il capitolato generale definisce anche con riguardo alle diverse tipologie di rapporti contrattuali, le condizioni e le clausole da inserire nei relativi contratti.

2. Qualora la procedura adottata per la scelta del contraente richieda la predisposizione di un capitolato speciale che definisca contenuto, termini e condizioni dello specifico contratto da concludere, detto capitolato deve conformarsi alle disposizioni del capitolato generale ed agli eventuali schemi di capitolato speciale approvati dalla Giunta regionale.

Art. 126

Funzionario responsabile del procedimento contrattuale

1. In conformità con le disposizioni di cui al capo secondo della legge 7 agosto 1990, n. 241 (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi) e con le relative norme della l.r. 20 gennaio 1995, n. 9, è nominato nel provvedimento a contrattare di cui all'articolo 123 della presente legge un funzionario responsabile del procedimento contrattuale, scelto tra i funzionari in servizio presso la struttura organizzativa che provvede all'acquisto.

2. Il funzionario responsabile segue l'intero iter del procedimento contrattuale, anche nelle fasi che eventualmente debbano svolgersi in uffici diversi o fuori dell'ambito dell'Azienda sanitaria e cura che la formazione e l'esecuzione del contratto avvengano regolarmente e nel modo più rapido, nel rispetto delle norme sulla pubblicità e delle altre regole procedurali. A tal fine, il funzionario responsabile cura i rapporti con i soggetti interessati, in modo da garantire la loro partecipazione ed informazione, e rappresenta l'organo di impulso del procedimento e il referente interno dell'Azienda sanitaria.

3. Il funzionario responsabile riferisce immediatamente all'organo che lo ha nominato sulle circostanze che determinano o facciano temere il verificarsi di irregolarità o rallentamenti, facendo proposte per il loro superamento ovvero segnalando le iniziative assunte a tal fine.

4. Il nome e la sede del funzionario responsabile sono resi noti al pubblico in forme adeguate.

5. Al termine del suo incarico, il funzionario responsabile presenta all'organo che lo ha nominato una relazione

in cui sono segnalati tutti gli elementi rilevanti al fine di poter valutare l'esattezza, la correttezza e la puntualità con cui sono stati adempiuti gli obblighi contrattuali.

Art. 127

Conclusione dei contratti

1. I contratti delle Aziende sanitarie per la fornitura di beni e servizi il cui valore sia superiore alla soglia stabilita dalla normativa comunitaria sono conclusi mediante le procedure previste dalla normativa comunitaria e nazionale vigente, con il contenuto ed il contraente risultanti dal verbale delle relative operazioni o dal provvedimento di aggiudicazione.

2. I contratti di fornitura di beni e servizi di valore inferiore alla soglia definita dalla normativa comunitaria sono conclusi secondo le norme di diritto privato e le procedure indicate nell'atto aziendale o dal regolamento aziendale dell'attività contrattuale.

3. La volontà di contrarre delle Aziende sanitarie è validamente manifestata soltanto nella forma scritta e rispetto ad offerte scritte dalla parte contraente.

4. Con provvedimento motivato dell'organo che ha adottato il provvedimento di cui all'articolo 123, comma 1, si provvede alla accettazione dell'offerta prescelta previa acquisizione della necessaria documentazione: il contratto è concluso a seguito della tempestiva comunicazione di tale provvedimento al contraente.

5. Il provvedimento di accettazione dell'offerta prescelta è adottato tenendo anche conto della congruità dei prezzi con riguardo alle rilevazioni effettuate dall'osservatorio regionale di cui all'articolo 131. Deve essere preventivamente acquisito il parere di congruità dell'ufficio tecnico erariale, nel caso di acquisto o di alienazione di immobili, o dell'ufficio tecnico comunale, nel caso di locazione di immobili: in entrambi i casi può essere in alternativa sentito, ai medesimi fini, l'ufficio del genio civile o acquisito parere estimativo di tecnico esperto nella materia mediante perizia giurata.

6. Qualora sia richiesto dal bando, o comunque sia opportuna la ricognizione delle pattuizioni contrattuali, il contraente, entro otto giorni dalla comunicazione di cui al comma 4, può essere invitato a stipulare, in un termine non inferiore a dieci giorni, un formale atto. Alla stipulazione di tale atto provvede l'organo che ha adottato il provvedimento di cui al comma 1 dell'articolo 123. Ove il contraente non si presenti nel termine indicato, l'Azienda sanitaria ha facoltà di dichiarare unilateralmente risolto il contratto concluso e di procedere alla scelta di un diverso contraente sulla base, se possibile, delle risultanze della stessa procedura contrattuale, salvo

l'incameramento della cauzione eventualmente prestata ed il risarcimento dei danni.

7. In deroga alle disposizioni di cui ai commi da 1 a 6, i contratti di cui all'articolo 123, comma 4, sono conclusi nel momento in cui è raggiunto l'accordo con il contraente e, se di importo inferiore a due milioni, si può prescindere dalla forma scritta.

Art. 128

Collaudi e verifiche di qualità

1. L'esattezza degli adempimenti contrattuali e la qualità dei beni forniti e dei servizi svolti sono oggetto di apposite procedure di controllo, se necessario, anche in corso di esecuzione del relativo contratto secondo quanto stabilito nel regolamento dell'attività contrattuale.

2. I controlli sono svolti da persone in possesso delle necessarie competenze, nominate dall'organo preposto ad adottare il provvedimento di cui all'articolo 123 e scelte tra il personale in servizio presso l'Azienda o, in mancanza, tra professionisti designati dai rispettivi ordini professionali, ove esistenti.

3. Fermo restando quanto stabilito dal comma 4, l'incarico di procedere al controllo non può essere affidato a coloro che abbiano partecipato al procedimento di scelta del contraente o che abbiano diretto o sorvegliato l'esecuzione del contratto.

4. Per le forniture ed i servizi che non superino l'importo di lire 50 milioni, pari a euro 25.549,31, in luogo dei controlli previsti dai commi 1, 2 e 3, è sufficiente un'attestazione di regolarità rilasciata dal responsabile della struttura organizzativa interessata, salva una specifica dichiarazione di non possedere la necessaria competenza.

5. Coloro che sono preposti ai controlli previsti dal presente articolo segnalano al responsabile del procedimento contrattuale eventuali inadeguatezze del contenuto del contratto, nonché ogni inadempimento contrattuale e qualsiasi comportamento contrario alle norme di correttezza e di buona fede.

6. Ciascun contratto stabilisce quale rilievo debbano avere le risultanze dei controlli, di cui al presente articolo, sullo svolgimento del rapporto contrattuale ed in particolare sulle obbligazioni assunte dall'Azienda.

Art. 129

Misure di trasparenza

1. Le Aziende sanitarie provvedono annualmente a trasmettere alla Giunta regionale, anche sulla base di eventuali schemi tipo predisposti dalla Giunta medesima, una relazione consuntiva sulla loro attività contrattuale.

2. I contratti conclusi dalle Aziende sanitarie sono inseriti in apposito repertorio e vi sono conservati fino alla scadenza dei termini di prescrizione delle relative obbligazioni. L'accesso al repertorio è consentito nelle forme e nei limiti di quanto previsto dalla legge 241/1990 e dalle relative disposizioni attuative.

Art. 130

Normativa applicabile

1. All'esecuzione dei lavori pubblici, così come definiti dall'articolo 2, comma 1 della legge 109/1994 e successive modificazioni, si applicano le specifiche disposizioni statali e regionali vigenti.

2. Fatta salva l'applicazione delle disposizioni di adeguamento della legislazione italiana all'ordinamento comunitario europeo e delle disposizioni comunitarie comunque vigenti in Italia relativamente alle gare per l'acquisto di beni e servizi il cui valore di stima, esclusa l'IVA, sia uguale o superiore a 200.000 euro, le Aziende sanitarie procedono alla scelta del contraente secondo le modalità definite nel regolamento aziendale dell'attività contrattuale.

3. Per la gestione di servizi socio sanitari, assistenziali ed educativi, nonché per la fornitura di beni e servizi, le Aziende sanitarie possono avvalersi delle cooperative sociali ai sensi della legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali) e della l.r. 28 gennaio 1994, n. 13 e successive modificazioni.

4. Resta salva la possibilità di stipulare convenzioni tra le Aziende sanitarie e le associazioni di volontariato di cui alla l.r. 26 aprile 1993, n. 28 e successive modificazioni.

Art. 131

Osservatorio generale dei prezzi

1. La Giunta regionale, avvalendosi dell'osservatorio generale regionale dei prezzi, istituito con l.r. 71/1988, cura la rilevazione e l'elaborazione dei dati sui prezzi di beni e servizi necessari allo svolgimento delle attività delle Aziende sanitarie, con l'obiettivo di consentire acquisizioni al miglior prezzo di mercato.

2. Con deliberazione della Giunta regionale è adottato un disciplinare per l'organizzazione dell'osservatorio che individua le modalità con le quali sono rilevati ed elaborati i dati concernenti le caratteristiche ed i prezzi di beni e servizi utilizzati dalle Aziende sanitarie, anche con riferimento alla potenzialità produttiva e competenza dei fornitori ed alla loro efficienza e correttezza nell'esecuzione dei contratti.

Art. 132

Catalogo dei beni e servizi

1. Al fine di consentire alle Aziende sanitarie di conoscere tempestivamente le innovazioni tecnologiche o metodologiche relative a beni e servizi necessari allo svolgimento delle attività aziendali, a cura della Giunta regionale, è predisposto un catalogo di beni e servizi immessi sul mercato che rivestono caratteristiche innovative. La inserzione nel catalogo è effettuata su segnalazione dei soggetti interessati, tramite corrispettivo predeterminato sulla base di tariffe approvate annualmente con deliberazione della Giunta regionale.

2. La Giunta regionale approva un disciplinare con cui determina modalità di gestione del servizio e stabilisce criteri per l'inserzione nel catalogo dei beni e servizi, al fine di garantire parità di trattamento tra i soggetti interessati.

TITOLO IX

Norme finali e transitorie

Art. 133

Disposizioni per l'area fiorentina

1. Entro il 31 dicembre 2000 il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, sentita la Conferenza dei sindaci dell'Azienda unità sanitaria locale 10 di Firenze, può provvedere con atto amministrativo a rettificare gli ambiti zionali dell'Azienda medesima di cui all'allegato 1.

2. La Giunta regionale è impegnata ad assumere le iniziative necessarie perché l'Azienda unità sanitaria locale 10 e le Aziende ospedaliere Careggi e Meyer costituiscano, sentita la Conferenza dei sindaci, dipartimenti operativi interaziendali ai sensi dell'articolo 61, comma 4, finalizzati ad un'efficace integrazione delle attività sanitarie e delle connesse funzioni amministrative, in particolare nel settore delle attività materno infantili e di quelle di emergenza urgenza.

3. Gli statuti dell'Azienda unità sanitaria locale 10, dell'Azienda ospedaliera Careggi e dell'Azienda ospedaliera Meyer individuano strumenti di gestione unitaria dei servizi di accesso e di fruizione delle prestazioni.

Art. 134

Norme finali per le zone della Val di Nievole, della Val di Cornia-Elba e del Valdarno

1. Negli statuti delle Aziende unità sanitarie locali 3 di Pistoia, 6 di Livorno e 8 di Arezzo, in sede di attribuzione delle deleghe da parte del direttore generale ai responsabili delle zone della Val di Nievole, della Val di Cornia-Elba e del Valdarno, sono fatte salve deleghe e responsabilità direzionali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge. Sono altresì assicurate le

strutture organizzative finalizzate all'esercizio delle funzioni oggetto di delega.

2. Per l'arco di validità del piano sanitario regionale 1999-2001, le risorse finanziarie attribuite in forma di budget al responsabile delle zone di cui al comma 1, non potranno essere percentualmente inferiori a quelle riservate per l'anno 1998 sul bilancio dell'Azienda unità sanitaria locale di riferimento. Tali risorse saranno programmate nei rispettivi piani attuativi locali.

3. Ferme restando le competenze delle Conferenze dei sindaci, in ciascuna delle zone di cui al comma 1 è costituito, al fine di verificare lo stato e la qualità dei servizi assistenziali, un comitato composto da un rappresentante della Giunta regionale, dal direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale di riferimento e dal responsabile di zona. Il comitato riferisce periodicamente all'Articolazione zonale della Conferenza dei sindaci in merito agli esiti della verifica.

4. Per l'arco di validità del piano sanitario regionale 1999-2001, il responsabile delle zone di cui al comma 1 è nominato dalla Giunta regionale su proposta del direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale di riferimento. Nelle zone della Val di Cornia e dell'Elba è nominato un unico responsabile per entrambe le zone.

Art. 135

Relazioni sindacali

1. La Giunta regionale, i direttori generali delle Aziende sanitarie, l'ARS, la Conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria, le Conferenze dei sindaci, in relazione alle proprie competenze, assicurano l'attuazione della presente legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali, dai contratti nazionali e dagli accordi decentrati.

Art. 136

Norme transitorie e finali per la gestione del patrimonio

1. Ai beni trasferiti ai sensi dell'articolo 100, le Aziende sanitarie attribuiscono un valore iniziale calcolato:

a) per i beni immobili, in base ai criteri stabiliti dalle vigenti disposizioni in tema di imposta comunale sugli immobili (ICI);

b) per i beni mobili costituenti immobilizzazioni materiali, tenendo conto del loro prezzo di acquisto, ammortizzato in base ai parametri definiti dalla Giunta regionale;

c) per le scorte, facendo riferimento al prezzo di acquisto ponderato degli ultimi tre mesi;

d) per i valori mobiliari, in base al prezzo di acquisto o alla quotazione media dell'ultimo trimestre;

e) per le posizioni attive e passive corrispondenti a posizioni di debito o credito, utilizzando i dati desumibili dalla contabilità finanziaria delle Aziende unità sanitarie locali.

2. I valori iniziali, di cui al comma 1, sono successivamente aggiornati in conformità a quanto previsto dall'articolo 113, comma 3.

3. I beni immobili sostituiti da beni di nuova edificazione ovvero acquistati o ristrutturati mediante finanziamenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n.67, sono dismessi entro un anno dalla agibilità della nuova struttura e dal collaudo complessivo delle opere e delle attrezzature in dotazione.

4. Per i beni dismessi, in quanto sostituiti ai sensi del comma 3, per i beni da reddito e per i beni strumentali non utilizzati direttamente alla data di entrata in vigore della presente legge, trasferiti ai sensi dell'articolo 100, i proventi realizzati a seguito del relativo smobilizzo sono destinati a finanziare il completamente del piano di investimenti regionali.

Art. 137

Norme transitorie per l'attività contrattuale

1. Fino alla data di adozione del regolamento aziendale dell'attività contrattuale di cui all'articolo 121, le procedure di contrattazione poste in essere dalle Aziende sanitarie restano disciplinate dalla normativa regionale previgente.

2. I rapporti convenzionali in essere con gli istituti tesorieri restano in vigore fino alla stipulazione dei nuovi contratti previsti dall'articolo 119, comma 2. Le relative procedure di affidamento sono avviate entro centottanta giorni dalla data di adozione del regolamento aziendale dell'attività contrattuale.

3. Qualora entro il 31 ottobre 2000 le Aziende sanitarie non abbiano provveduto ad adottare il regolamento dell'attività contrattuale, le medesime devono informare la propria attività contrattuale alle specifiche disposizioni che la Giunta regionale è autorizzata ad emanare allo scopo di assicurare l'attuazione dei principi introdotti dal decreto delegato.

Art. 138

Norme transitorie di primo impianto

1. Le Aziende ospedaliere di cui all'articolo 10, sono costituite secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 7 del decreto legislativo 517/1999; la proposta di costituzione è formulata dalla Regione d'intesa con l'università, nell'ambito dei protocolli d'intesa di cui all'ar-

articolo 1, comma 1, del medesimo decreto legislativo ed è trasmessa al Ministro della sanità entro novanta giorni dall'emanazione degli atti di indirizzo di cui all'articolo 1, comma 2, dello stesso decreto legislativo.

2. Le Aziende unità sanitarie locali adottano lo statuto entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge; le Aziende ospedaliere adottano il medesimo atto entro novanta giorni dalla costituzione di cui al comma 1. Fino all'adozione dello statuto si applicano le disposizioni previste in materia di organizzazione e funzionamento aziendale dal regolamento generale delle Aziende sanitarie.

Art. 139
Abrogazioni

1. *omissis*⁽⁹⁾

ALLEGATI

omissis⁽¹⁰⁾

NOTE

(1) Le parole "su deliberazione della Giunta medesima" sono state soppresse con l.r. 53/2001, art. 17, comma 3, lettera a).

(2) Comma inserito con l.r. 14/2003, art. 1.

(3) Vedi *Errata corrigé* sul Bollettino ufficiale 2 aprile 2003, n. 14.

(4) La legge regionale 21 aprile 1998, n. 22 è stata abrogata con legge regionale 21 marzo 2000, n. 36 (Nuova disciplina del Consiglio delle autonomie locali), art. 20.

(5) La legge regionale 7 novembre 1994, n. 81 è stata abrogata con legge regionale 17 marzo 2000, n. 26 (Riordino della legislazione regionale in materia di organizzazione e personale), art. 70.

(6) Si riporta il testo dell'articolo 2 (Riconduzione dell'espressione "ente ospedaliero" all'ordinamento del servizio sanitario regionale) della legge regionale 14/2003 "1. In relazione all'ordinamento del servizio sanitario regionale della Regione Toscana, le disposizioni delle leggi vigenti concernenti gli enti ospedalieri si intendono riferite alle aziende sanitarie, secondo la definizione di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c) della l.r. 22/2000".

(7) Vedi *Avviso di rettifica* sul Bollettino ufficiale 19 novembre 2003, n. 43.

(8) Articolo inserito con l.r. 56/2004, art. 1.

(9) Si omette un elenco di leggi regionali abrogate dalla presente legge.

(10) Nell'allegato 1 si omette l'elenco degli ambiti territoriali del SSR, gli ambiti aziendali e zone socio-sanitarie. Nell'allegato 2 si omette l'elenco delle aziende regionali ospedaliere e degli ospedali gestiti.

LEGGE REGIONALE 22 ottobre 2004, n. 57

Modifiche alla legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42 (Disciplina delle associazioni di promozione sociale. Modifica all'articolo 9 della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72).

IL CONSIGLIO REGIONALE

ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

promulga

la seguente legge:

Art. 1

Modifica all'articolo 13 della legge regionale 9 dicembre 2002, n. 42 (Disciplina delle associazioni di promozione sociale. Modifica all'articolo 9 della legge regionale 3 ottobre 1997, n. 72)

1. Al comma 1 dell'articolo 13 della l.r. 42/2002 dopo le parole "per le quali le associazioni stesse dimostrano attitudine e capacità operativa" sono aggiunte le seguenti: "anche indipendentemente dall'attività prevalente indicata ai sensi dell'articolo 9, comma 2".

Art. 2

Modifica all'articolo 15 della l.r. 42/2002

1. Al comma 2 dell'articolo 15 della l.r. 42/2002, le parole "Con il regolamento di esecuzione previsto dall'articolo 17, comma 1, la Giunta regionale disciplina le modalità di designazione dei membri della Consulta" sono sostituite dalle seguenti: "Con il regolamento di esecuzione previsto dall'articolo 17, comma 1, si disciplinano le modalità di designazione dei membri della Consulta".

Art. 3

Modifica all'articolo 17 della l.r. 42/2002

1. Al comma 1 dell'articolo 17 della l.r. 42/2002, le parole "La Giunta regionale approva un regolamento, previo parere della Commissione consiliare competente, con il quale definisce le modalità di designazione dei membri della Consulta" sono sostituite dalle seguenti: "E' approvato un regolamento, con il quale si definiscono le modalità di designazione dei membri della Consulta".

Art. 4

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla data di pubblicazione sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana.