

# **L.R. 24 febbraio 2005, n. 40**

Disciplina del servizio sanitario regionale

## **SOMMARIO**

### **Titolo I - OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI**

Art. 1 - Oggetto e finalità

Art. 2 - Definizioni

### **Titolo II - PRINCIPI**

Art. 3 - I principi costitutivi del servizio sanitario regionale

Art. 4 - Percorso assistenziale

Art. 5 - Promozione della ricerca e dell'innovazione

Art. 6 - L'integrazione delle politiche sanitarie

Art. 7 - L'educazione alla salute

### **Titolo III - PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

#### **Capo I - Programmazione sanitaria regionale**

Art. 8 - I livelli e gli strumenti di programmazione

Art. 9 - La programmazione di area vasta

#### **Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria**

Art. 10 - Regione

Art. 11 - Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria

Art. 12 - Conferenza dei sindaci

Art. 13 - Università

Art. 14 - Enti di ricerca e istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

Art. 15 - Partecipazione alla programmazione

Art. 16 - Tutela dei diritti dell'utenza

Art. 17 - Rapporti con il volontariato, le associazioni di promozione sociale e la cooperazione sociale

#### **Capo III - Gli strumenti della programmazione sanitaria**

Art. 18 - Piano sanitario regionale

Art. 19 - Contenuti del piano sanitario regionale

Art. 20 - Relazione sanitaria regionale

Art. 21 - Piani integrati di salute

Art. 22 - Piani attuativi locali

Art. 23 - Piani attuativi ospedalieri

Art. 24 - Relazione sanitaria aziendale

Art. 25 - Fondo sanitario regionale

Art. 26 - Determinazione del fabbisogno finanziario

Art. 27 - Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali

Art. 28 - Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie

Art. 29 - Finanziamento della mobilità sanitaria

Art. 30 - Finanziamento aziendale tramite tariffe

Art. 30bis - Indebitamento delle Aziende e degli ESTAV

### **Titolo IV - ORDINAMENTO**

#### **Capo I - Aziende sanitarie**

- Art. 31 - Aziende sanitarie
- Art. 32 - Aziende unità sanitarie locali
- Art. 33 - Aziende ospedaliero-universitarie
- Art. 34 - Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste

#### Capo II - 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 - Cause di incompatibilità del direttore generale
- Art. 39 - Cause di decadenza e revoca del direttore generale
- Art. 40 - Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali
- Art. 41 - Collegio sindacale. Nomina e funzionamento
- Art. 42 - Collegio sindacale. Funzioni

#### Capo III - Funzioni consultive del governo clinico

- Art. 43 - Le strutture regionali del governo clinico
- Art. 44 - Consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali
- Art. 45 - Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie
- Art. 46 - Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie
- Art. 47 - Elezioni del Consiglio dei sanitari
- Art. 48 - Collegio di direzione delle aziende sanitarie
- Art. 49 - Collegio di direzione di area vasta

#### Capo IV - Statuto aziendale

- Art. 50 - Statuto aziendale

#### Capo V - Formazione sanitaria e ricerca

- Art. 51 - La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua
- Art. 52 - Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base
- Art. 53 - Formazione specialistica
- Art. 54 - La ricerca e l'innovazione

#### Titolo V - ORGANIZZAZIONE

##### Capo I - Principi organizzativi

- Art. 55 - Principi e finalità dell'organizzazione
- Art. 56 - Funzioni gestionali
- Art. 57 - Direzione aziendale
- Art. 58 - Funzioni operative
- Art. 59 - Direzione di strutture organizzative sanitarie

##### Capo II - Articolazione organizzativa professionale

- Art. 60 - Strutture organizzative professionali e loro compiti
- Art. 61 - Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali
- Art. 62 - Responsabilità delle strutture organizzative professionali

##### Capo III - Articolazione organizzativa funzionale

- Art. 63 - Strutture organizzative funzionali delle aziende sanitarie
- Art. 64 - Zona-distretto
- Art. 65 - Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali - Società della salute
- Art. 66 - L'organizzazione della zona-distretto
- Art. 67 - Dipartimento della prevenzione

- Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona
- Art. 69 - Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie
- Art. 70 - Dipartimenti aziendali ed interaziendali
- Art. 71 - Dipartimento dell'emergenza urgenza

## Titolo VI - PRESIDII E PRESTAZIONI

### Capo I - Presidi

- Art. 72 - Presidi
- Art. 73 - Organizzazione e funzionamento dei presidi

### Capo II - Prestazioni

- Art. 74 - Prestazioni
- Art. 75 - Accesso alle prestazioni
- Art. 76 - Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private

### Capo III - Prestazioni di assistenza farmaceutica

- Art. 77 - L'erogazione dell'assistenza farmaceutica
- Art. 78 - Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
- Art. 79 - Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
- Art. 80 - Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica
- Art. 81 - Commissione terapeutica regionale

## Titolo VII - Organismi di consulenza, di studio e di supporto tecnico amministrativo

### Capo I - Agenzia regionale di sanità

- Art. 82 - Agenzia regionale di sanità

### Capo II - Consiglio sanitario regionale

- Art. 83 - Consiglio sanitario regionale
- Art. 84 - Funzioni
- Art. 85 - Organi
- Art. 86 - Presidente
- Art. 87 - Vice presidente
- Art. 88 - Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni
- Art. 89 - Assemblea. Composizione
- Art. 90 - Assemblea. Funzioni
- Art. 91 - Regolamento
- Art. 92 - Articolazioni di funzioni
- Art. 93 - Struttura
- Art. 94 - Indennità e rimborso spese

### Capo III - Commissione regionale di bioetica

- Art. 95 - Commissione regionale di bioetica
- Art. 96 - Funzioni della commissione regionale di bioetica
- Art. 97 - Composizione della commissione regionale di bioetica
- Art. 98 - Funzionamento della commissione regionale di bioetica e compensi per i componenti ed esperti
- Art. 99 - Comitati etici locali

### Capo IV - Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta

- Art. 100 - Istituzione e natura giuridica
- Art. 101 - Competenze e attribuzioni
- Art. 102 - Organi

Art. 103 - Direttore generale  
Art. 104 - Consiglio direttivo  
Art. 105 - Collegio sindacale  
Art. 106 - Direttore amministrativo

Art. 106bis - Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo  
Art. 107 - Organizzazione  
Art. 108 - Patrimonio, contabilità e contratti  
Art. 109 - Finanziamento  
Art. 110 - Personale

## Titolo VIII - PATRIMONIO, CONTABILITÀ E CONTRATTI

### Capo I - Patrimonio

Art. 111 - Trasferimento dei beni  
Art. 112 - Rapporti giuridici attinenti ai beni trasferiti  
Art. 113 - Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti  
Art. 114 - Acquisizione ed utilizzazione del patrimonio  
Art. 115 - Procedura di alienazione dei beni immobili  
Art. 116 - Inventario dei beni immobili e mobili  
Art. 117 - Consegnatari responsabili  
Art. 118 - Beni di consumo e contabilità di magazzino  
Art. 119 - Beni in visione, prova e comodato

### Capo II - Contabilità

Art. 120 - Bilancio pluriennale di previsione  
Art. 121 - Bilancio preventivo economico annuale  
Art. 122 - Bilancio di esercizio  
Art. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio  
Art. 124 - Libri obbligatori  
Art. 125 - Contabilità generale  
Art. 126 - Sistema budgetario  
Art. 127 - Contabilità analitica  
Art. 128 - Controllo di gestione  
Art. 129 - Responsabilità  
Art. 130 - Modalità dei pagamenti e servizi di cassa  
Art. 131 - Casse economiche

### Capo III - Attività contrattuale

Art. 132 - Normativa applicabile  
Art. 133 - Regolamento dell'attività contrattuale  
Art. 134 - Capitolati  
Art. 135 - Osservatorio generale dei prezzi

## Titolo IX - NORME TRANSITORIE E FINALI

Art. 136 - Relazioni sindacali  
Art. 137 - Revisione degli statuti aziendali  
Art. 138 - Costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie  
Art. 139 - Disposizioni relative all'ARS  
Art. 140 - Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica  
Art. 141 - Disposizioni relative agli ESTAV  
Art. 142 - Disposizioni diverse  
Art. 143 - Norma finanziaria  
Art. 144 - Abrogazioni

Allegato A - Gli ambiti territoriali del servizio sanitario regionale. Ambiti aziendali e zone-distretto. Le aziende regionali ospedaliero-universitarie ed i presìdi ospedalieri gestiti.

## **Titolo I**

OGGETTO, FINALITA' E DEFINIZIONI

### **Art. 01 - Oggetto e finalità**

1. La presente legge, in conformità ai principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) come modificato dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, di seguito indicato come decreto delegato, e nel decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517 (Disciplina dei rapporti tra servizio sanitario nazionale ed università a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419), disciplina:

- a) gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria;
- b) l'organizzazione e l'ordinamento del servizio sanitario regionale;
- c) i criteri di finanziamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie;
- d) il patrimonio e la contabilità delle aziende sanitarie;
- e) le erogazioni delle prestazioni.

### **Art. 02 - Definizioni**

1. Ai fini della presente legge si intende:

- a) per area vasta, la dimensione operativa a scala interaziendale, individuata come livello ottimale per la programmazione integrata dei servizi e per la gestione in forma unitaria di specifiche attività tecnico amministrative delle aziende sanitarie;
- b) per assistiti, i cittadini residenti e coloro che hanno diritto all'assistenza sanitaria in base alle disposizioni vigenti, cui sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- c) per aziende sanitarie, le aziende ospedaliero-universitarie e le aziende unità sanitarie locali;
- d) per azione programmata, lo strumento di programmazione 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:
  - 1) il percorso assistenziale di determinate patologie;
  - 2) la regolamentazione di specifiche pratiche mediche, diagnostiche o di interventistica chirurgica;
  - 3) l'organizzazione di particolari iniziative di prevenzione collettiva;
- e) per bacino dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'area territoriale delimitata dagli strumenti regionali di programmazione entro la quale l'azienda ospedaliero-universitaria opera;
- f) per budget, il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale, il quale è tenuto a rendicontare il raggiungimento degli obiettivi ed il corretto utilizzo delle risorse;
- g) per dipartimento, la struttura funzionale istituita per garantire l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, i percorsi assistenziali integrati e le procedure operative omogenee, in relazione ad azioni programmate, progetti obiettivo o specifici processi produttivi, finalizzata a garantire l'apporto dei professionisti al governo dei servizi;
- h) per formazione continua, il complesso delle attività e delle iniziative di adeguamento, aggiornamento e sviluppo continuo delle competenze rivolte al personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario regionale;

- i) per formazione di base, il complesso delle attività di studio e di tirocinio finalizzate al conseguimento dei titoli e dei requisiti necessari per l'esercizio delle professioni sanitarie o per l'accesso ai ruoli del servizio sanitario regionale;
- l) per funzione operativa, l'insieme di attività riconosciute come omogenee sotto il profilo professionale;
- m) per governo clinico, il complesso delle attività finalizzate a promuovere a livello aziendale, di area vasta e regionale, l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse, la qualità dei servizi e delle prestazioni erogate, l'appropriatezza del percorso assistenziale e lo sviluppo delle reti di eccellenza;
- n) 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;
- o) per percorso assistenziale, il complesso degli adempimenti finalizzati ad assicurare all'assistito in forme coordinate, integrate e programmate l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa dei servizi sanitari e socio-sanitari, in relazione agli accertati bisogni di educazione alla salute, di servizi preventivi, di assistenza sociale, di diagnosi, cura e riabilitazione;
- p) 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 ospitare più presidi;
- q) 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;
- r) per servizi ospedalieri in rete, il sistema di collegamenti funzionali fra presidi ospedalieri finalizzati ad assicurare all'assistito 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-distretto allo scopo di assicurare all'assistito l'appropriatezza del percorso assistenziale prima e dopo la degenza;
- s) per servizi sanitari territoriali di zona-distretto, 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;
- t) per struttura organizzativa funzionale, l'unità organizzativa multiprofessionale che aggrega funzioni operative 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-distretto e della prevenzione;
  - 3) settore, per il coordinamento aziendale delle attività svolte dalle unità funzionali 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, 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; la sezione è costituita per lo svolgimento di attività sanitarie ospedaliere, gli uffici per le attività tecnico-amministrative;
- v) per zona-distretto, l'articolazione territoriale della azienda unità sanitaria locale, individuata dall'allegato A alla presente legge.

## **Titolo II**

### **PRINCIPI**

#### **Art. 03 - I principi costitutivi del servizio sanitario regionale**

1. Il servizio sanitario regionale, in coerenza con i principi e i valori della Costituzione e dello Statuto regionale, ispira la propria azione a:

- a) centralità e partecipazione del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e soggetto attivo del percorso assistenziale;
- b) universalità e parità di accesso ai servizi sanitari per tutti gli assistiti;
- c) garanzia per tutti gli assistiti dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza previsti negli atti di programmazione;
- d) unicità del sistema sanitario e finanziamento pubblico dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
- e) sussidiarietà istituzionale e pieno coinvolgimento degli enti locali nelle politiche di promozione della salute;
- f) sussidiarietà orizzontale e valorizzazione delle formazioni sociali, in particolare di quelle che operano nel terzo settore;
- g) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali agli atti della programmazione sanitaria regionale;
- h) libertà di scelta del luogo di cura e dell'operatore sanitario nell'ambito dell'offerta e dei percorsi assistenziali programmati;
- i) valorizzazione professionale del personale del servizio sanitario regionale e promozione della sua partecipazione ai processi di programmazione e valutazione della qualità dei servizi.

#### **Art. 04 - Percorso assistenziale**

1. I servizi sanitari territoriali della zona-distretto e quelli ospedalieri in rete sono organizzati allo scopo di garantire all'assistito 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.

2. I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta sono responsabili verso gli assistiti dell'attivazione del percorso assistenziale, fatto salvo quanto previsto da specifiche disposizioni in materia di accesso ai servizi socio-sanitari integrati che richiedono un apporto multidisciplinare.

3. Le aziende sanitarie definiscono, d'intesa con gli enti locali per le attività di assistenza sociale e per quelle socio-assistenziali a rilievo sanitario, procedure per assicurare l'appropriatezza e la continuità del percorso assistenziale; tali procedure devono garantire:

- a) il coordinamento complessivo fra i servizi ospedalieri e i servizi sanitari territoriali della zona-distretto, comprese le strutture a bassa intensità assistenziale e di riabilitazione;
- b) l'integrazione fra i servizi sanitari territoriali di zona-distretto e i servizi di assistenza sociale anche tramite modalità unitarie di accesso ai servizi;
- c) il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in attuazione delle convenzioni nazionali e la loro responsabilizzazione nella programmazione e nel controllo del percorso assistenziale;
- d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in area vasta e in ambito regionale.

4. Anche per le finalità di cui all'[articolo 20](#), comma 4, la Giunta regionale definisce un sistema di indicatori per verificare la congruità, l'appropriatezza e l'omogeneità organizzativa del percorso assistenziale e la qualità delle prestazioni e dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie.

## **Art. 05 - Promozione della ricerca e dell'innovazione**

1. La Regione promuove e favorisce lo sviluppo delle attività innovative e di ricerca nell'ambito delle funzioni di governo del servizio sanitario della Toscana.
2. Le attività relative alla innovazione ed alla ricerca sono esercitate in coerenza con quanto previsto dal piano sanitario regionale e sono svolte secondo i principi di trasparenza, valutabilità e verificabilità degli esiti e loro trasferibilità sul sistema dei servizi.
3. A tal fine, la Regione garantisce adeguate forme di pubblicizzazione per la selezione dei progetti di innovazione e ricerca.

## **Art. 06 - L'integrazione delle politiche sanitarie**

1. La Regione assume come finalità la promozione della salute intesa come insieme di interventi sui fattori ambientali, economici e sociali che concorrono a determinare lo stato di benessere degli individui e della collettività; a tal fine, la Regione promuove il coordinamento delle politiche regionali settoriali ed il loro orientamento anche al fine di perseguire obiettivi di salute.
2. Gli enti locali concorrono per le proprie competenze al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle forze sociali, a livello locale e a livello di area vasta. I comuni concorrono altresì alla programmazione sanitaria regionale attraverso la conferenza permanente per la programmazione socio sanitaria di cui all'[articolo 11](#); i comuni esercitano inoltre le funzioni di indirizzo, verifica 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 di cui all'[articolo 12](#).
3. I comuni partecipano al governo dei servizi sanitari territoriali in forma integrata con i servizi sociali attraverso le Società della salute di cui all'[articolo 65](#), comma 1.

## **Art. 07 - L'educazione alla salute**

1. La Regione promuove negli assistiti la crescita di una cultura della salute attraverso la diffusione di conoscenze e di informazioni in grado di accrescere la capacità individuale e collettiva di autotutela nei confronti delle malattie e dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro.
2. Sono compresi nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza anche le azioni informative ed educative volte ad accrescere la consapevolezza degli assistiti in merito alla conservazione e al miglioramento del proprio stato di salute.
3. Le aziende sanitarie attuano interventi di comunicazione, educazione e promozione della salute in collaborazione con le istituzioni scolastiche, universitarie e scientifiche, gli organismi professionali e di categoria della sanità, le associazioni di volontariato e di tutela ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche.

# **Titolo III**

## **PROGRAMMAZIONE SANITARIA**

### **Capo I - Programmazione sanitaria regionale**



## **Art. 08 - I livelli e gli strumenti di programmazione**

1. La programmazione sanitaria della Regione assicura, in coerenza con il piano sanitario nazionale, lo sviluppo dei servizi di prevenzione collettiva, dei servizi ospedalieri in rete, dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e la loro integrazione con i servizi di assistenza sociale.
2. La programmazione sanitaria è articolata su due livelli, regionale e locale.
3. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello regionale:
  - a) il piano sanitario regionale ed i relativi strumenti di attuazione;
  - b) gli atti di programmazione interaziendale di cui all'[articolo 9](#), denominati piani di area vasta.
4. Sono strumenti della programmazione sanitaria a livello locale:
  - a) i piani integrati di salute di cui all'[articolo 21](#);
  - b) i piani attuativi delle aziende unità sanitarie locali di cui all'[articolo 22](#);
  - c) i piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie di cui all'[articolo 23](#);
  - d) le intese e gli accordi stipulati dalle aziende sanitarie in attuazione degli strumenti di cui al comma 3.
5. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria regionale:
  - a) la relazione sanitaria regionale;
  - b) la relazione sanitaria aziendale.

## **Art. 09 - La programmazione di area vasta**

1. Le aziende unità sanitarie locali e le aziende ospedaliero-universitarie concorrono, nella specificità propria del ruolo e dei compiti di ciascuna, allo sviluppo a rete del sistema sanitario attraverso la programmazione interaziendale di area vasta; i contenuti e gli obiettivi principali della programmazione di area vasta sono definiti dal piano sanitario regionale del quale assumono i riferimenti temporali.
2. Per l'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, sono individuate le seguenti aree vaste:
  - a) Area vasta nord - ovest, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 1 di Massa e Carrara, 2 di Lucca, 5 di Pisa, 6 di Livorno e 12 di Viareggio, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana;
  - b) Area vasta centro, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli, nonché le Aziende ospedaliero-universitarie Careggi e Meyer di Firenze;
  - c) Area vasta sud - est, comprendente le Aziende unità sanitarie locali 7 di Siena, 8 di Arezzo e 9 di Grosseto, nonché l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese.
3. In ciascuna area vasta è costituito un comitato, composto dai direttori generali delle aziende sanitarie facenti parte dell'area e dal direttore dell'ente per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'[articolo 100](#).
4. Il comitato è presieduto da un coordinatore, individuato *dal Presidente della Giunta regionale* [\(1\)](#) tra i direttori generali delle aziende sanitarie dell'area vasta.
5. Il comitato di area vasta elabora le proposte dei piani di area vasta di cui all'[articolo 8](#), comma 3, lettera b) ed approva le intese e gli accordi di cui all'[articolo 8](#), comma 4, lettera d).
6. I piani di area vasta sono trasmessi alla Giunta regionale che ne controlla la conformità con il piano sanitario regionale entro trenta giorni dal ricevimento e li trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.
7. Le intese e gli accordi di cui all'[articolo 8](#), comma 4, lettera d), inerenti l'organizzazione integrata dei servizi e la regolamentazione della mobilità sanitaria, sono trasmessi alla Giunta regionale che

ne controlla la conformità con il piano sanitario regionale entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine, tali atti si intendono approvati.

Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria

## **Art. 10 - Regione**

1. Il Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, approva:

- a) il piano sanitario regionale, che ha durata quinquennale, ed i suoi aggiornamenti;
- b) i piani di area vasta, entro trenta giorni dalla trasmissione da parte della Giunta regionale.

2. La Giunta regionale esercita le funzioni di indirizzo anche tecnico e di coordinamento delle attività delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, in conformità alle disposizioni del piano sanitario regionale e dei piani di area vasta.

3. La Giunta regionale esercita le attività di controllo e vigilanza, promozione e supporto nei confronti delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta; la Giunta regionale, in particolare:

- a) determina il fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale secondo quanto previsto dall'[articolo 26](#);
- b) approva gli atti di bilancio delle aziende sanitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
- c) approva il piano attuativo delle aziende ospedaliero-universitarie, dandone comunicazione al Consiglio regionale;
- d) autorizza la partecipazione delle aziende sanitarie alle società pubbliche diverse da quelle di cui all'[articolo 34](#), nonché la partecipazione a fondazioni;
- e) esprime il proprio parere sullo statuto delle aziende sanitarie e sul regolamento generale degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta;
- f) verifica, attraverso le relazioni sanitarie aziendali, la corrispondenza dei risultati raggiunti con i risultati attesi previsti dai piani attuativi;
- g) esercita il controllo di conformità al piano sanitario regionale sugli atti di cui all'[articolo 8](#), comma 4, lettera b), dandone comunicazione al Consiglio regionale.

4. La Giunta regionale individua procedure e modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

- a) risultati complessivi delle aziende sanitarie in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;
- b) risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;
- c) qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza.

5. La Giunta regionale comunica annualmente al Consiglio regionale gli esiti delle valutazioni di cui al comma 4.

## **Art. 11 - Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria**

1. La conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, di seguito denominata conferenza, è l'organo attraverso cui i comuni concorrono alla definizione e alla valutazione delle politiche regionali in materia sanitaria e socio-sanitaria.

2. La conferenza esprime parere:

- a) sulla proposta di piano sanitario regionale;
- b) sulla proposta di piano integrato sociale regionale;
- c) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- d) sulla proposte di piani di area vasta;
- e) sulle proposte di piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie e sulle relative relazioni aziendali.

3. La conferenza valuta annualmente lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi; a questo fine, la Giunta regionale trasmette alla conferenza permanente la relazione sanitaria regionale ed i documenti di verifica sullo stato di attuazione della programmazione regionale.

4. La conferenza è presieduta dai competenti componenti della Giunta regionale ed è così composta:

- a) dai presidenti delle conferenze dei sindaci di cui all'articolo 12;
- b) dai presidenti delle articolazioni zionali delle predette conferenze;
- c) da quattro rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);
- d) da un rappresentante dell'Unione regionale delle province toscane (URPT);
- e) da un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità enti montani (UNCHEM).

5. Ai fini dell'espressione del parere nelle materie relative alla programmazione sociale, la conferenza viene integrata dai presidenti delle province.

6. I membri della conferenza di cui al comma 4, lettere c), d) ed e), sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale.

7. Ai fini dell'espressione dei pareri di cui al comma 2, lettere d) ed e), la conferenza organizza il proprio funzionamento in tre articolazioni, che assumono la denominazione di articolazioni di area vasta della conferenza; le articolazioni di area vasta sono composte dai presidenti delle conferenze dei sindaci delle aziende unità sanitarie locali ricomprese nell'area vasta e dai presidenti delle articolazioni zionali delle medesime conferenze, ovvero dai presidenti degli organi di governo delle Società della salute, di cui all'[articolo 65](#).

8. Le modalità di funzionamento della conferenza e delle sue articolazioni sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti; il regolamento disciplina altresì l'eventuale partecipazione alle articolazioni di area vasta dei rappresentanti delle associazioni di cui al comma 4, lettere c), d) ed e), o di soggetti esterni all'organismo, designati dalle associazioni medesime.

## **Art. 12 - Conferenza dei sindaci**

1. La conferenza dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale; il funzionamento della conferenza è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa; la conferenza elegge al proprio interno la rappresentanza di cui all'[articolo 3](#), comma 14 del decreto delegato, che assume la denominazione di esecutivo; tramite l'esecutivo la conferenza esercita le proprie funzioni di indirizzo, verifica e valutazione.

2. La conferenza dei sindaci approva il piano attuativo locale di cui all'[articolo 22](#).

3. Nel regolamento di cui al comma 1, sono individuate le modalità per la scelta del presidente della conferenza dei sindaci 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-distretto all'esercizio delle funzioni attribuite alla conferenza stessa; l'esecutivo è composto dal presidente della conferenza dei sindaci che lo presiede, e da quattro sindaci individuati in modo da garantire la presenza di almeno un sindaco per ciascuna zona-distretto; il regolamento di cui al comma 1 prevede la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente.

4. All'interno della conferenza dei sindaci sono costituite le articolazioni zonali della conferenza di cui fanno parte tutti i sindaci dei comuni ricompresi in ciascuna zona-distretto; il funzionamento delle articolazioni zonali è disciplinato dal regolamento di cui al comma 1; ogni articolazione zonale della conferenza dei sindaci elegge il proprio presidente; il presidente della conferenza dei sindaci presiede anche l'articolazione zonale della quale fa parte il comune ove ricopre la carica di sindaco.

5. La provincia partecipa all'articolazione zonale della conferenza dei sindaci per l'integrazione con i programmi e gli interventi specifici di propria competenza.

6. L'articolazione zonale della conferenza dei sindaci individua, con riferimento alle attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate gli obiettivi di salute che le aziende sanitarie debbono perseguire con il programma annuale di attività.

7. Il regolamento della conferenza dei sindaci disciplina modalità e procedure per l'esercizio, da parte delle articolazioni zonali, dell'attività di cui al comma 6.

8. La conferenza dei sindaci si riunisce in sede plenaria almeno in occasione dell'esame degli atti 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.

9. Il direttore generale assicura i rapporti e una adeguata informazione tra l'azienda sanitaria e la conferenza dei sindaci; il direttore generale è tenuto a partecipare alle sedute dell'esecutivo e della conferenza stessa 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-distretto; il responsabile di zona-distretto è tenuto a partecipare alle sedute dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci su invito del presidente.

10. 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.

## **Art. 13 - Università**

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

2. *La Giunta regionale, acquisito il parere obbligatorio della commissione consiliare competente che si esprime nel termine trenta giorni dalla richiesta (2) nell'ambito del piano sanitario regionale vigente, elabora protocolli d'intesa con le università, per regolamentare l'apporto delle facoltà di medicina e chirurgia alle attività assistenziali del servizio sanitario regionale e contestualmente l'apporto di quest'ultimo alle attività didattiche, nel rispetto delle finalità istituzionali proprie delle università e del servizio sanitario regionale; 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 strumenti della programmazione regionale tengono conto delle strutture universitarie, secondo quanto previsto dal d.lgs. 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 e di ricerca gli accordi attuativi sono stipulati tra l'azienda ospedaliero-

universitaria di riferimento e le aziende sanitarie interessate, tenuto conto della programmazione di area vasta.

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 commissione 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](#), commi 2 e 3 del decreto delegato, rappresentanti degli ordini e dei collegi professionali competenti.

5. I protocolli d'intesa, nel rispetto di quanto disposto dagli articoli 6, 6-bis e 6-ter del decreto delegato, dal d.lgs. 517/1999 e dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale, tenuto conto delle finalità istituzionali dei contraenti, indirizzano e vincolano, nelle aree di seguito indicate, lo statuto delle aziende ospedaliero-universitarie e gli accordi attuativi fra azienda ed università disciplinando:

- a) per le attività assistenziali: i criteri per la costituzione delle strutture organizzative;
- b) per le attività didattiche: i criteri per la determinazione degli apporti reciproci, tenuto conto del fabbisogno formativo espresso dal servizio sanitario regionale, secondo la disciplina di cui al titolo IV, capo V; i criteri per l'individuazione e l'organizzazione delle scuole e dei corsi di formazione, sulla base degli ordinamenti didattici vigenti; i criteri per la ripartizione degli oneri;
- c) per le attività di ricerca: le tipologie di studi e ricerche da attribuire ai dipartimenti assistenziali integrati; i criteri di ripartizione degli oneri e di utilizzo dei risultati;
- d) la partecipazione della Regione e delle università ai risultati di gestione delle aziende ospedaliero-universitarie.

#### **Art. 14 - 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 ricovero 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. 15 - Partecipazione alla programmazione**

1. La Regione promuove la partecipazione degli assistiti, delle organizzazioni sindacali, delle organizzazioni di volontariato, delle associazioni di tutela e di promozione sociale, della cooperazione sociale e degli altri soggetti del terzo settore al processo di programmazione socio-sanitaria in ambito regionale e locale e valorizza il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione.

2. In particolare, è compito della Giunta regionale:

- a) definire i criteri e le modalità di partecipazione autonoma e collaborativa e di consultazione degli assistiti, delle loro organizzazioni, nonché degli organismi di volontariato e di tutela, alle fasi di impostazione della programmazione e di verifica della qualità dei servizi, sia a livello regionale che

- a quello delle aziende sanitarie e delle zone-distretto;
- b) definire i contenuti obbligatori dei protocolli d'intesa tra aziende sanitarie e le organizzazioni rappresentative degli assistiti.

## **Art. 16 - Tutela dei diritti dell'utenza**

1. E' compito della Regione:

- 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 agli assistiti 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.

2. La Regione individua quali specifici strumenti di informazione, di partecipazione e di controllo da parte degli assistiti 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 all'[articolo 14](#), comma 7, del decreto delegato.

3. Le aziende sanitarie, previo confronto con le organizzazioni di cui all'[articolo 15](#), comma 1, approvano e aggiornano annualmente la carta dei servizi, e adottano il regolamento per la tutela degli utenti.

4. 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 contiene gli impegni per il miglioramento dei servizi, definisce gli indicatori di qualità e gli standard, generali e specifici, cui gli stessi devono adeguarsi.

5. Le aziende sanitarie 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.

6. Le aziende sanitarie, ai fini di cui al comma 5, 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.

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

8. 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 degli assistiti.

9. Il direttore generale d'intesa con la conferenza dei sindaci indice la conferenza di cui al comma 2, lettera b), per verificare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati dalla programmazione aziendale, il rispetto degli impegni assunti con la carta dei servizi e definire gli interventi utili per il

loro miglioramento; a tal fine il direttore generale rende noti i dati relativi all'andamento dei servizi ed al grado di raggiungimento degli standard con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

10. Alla conferenza dei servizi partecipano i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato i protocolli di intesa di cui al comma 11.

11. Il protocollo d'intesa è lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie, 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.

### **Art. 17 - Rapporti con il volontariato, le associazioni di promozione sociale 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. Le associazioni di promozione sociale 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 - Gli strumenti della programmazione sanitaria

### **Art. 18 - Piano sanitario regionale**

1. Il piano sanitario regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, 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 20](#) e attraverso idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, individuati anche su iniziativa dell'agenzia regionale di sanità.

2. Il piano sanitario regionale è approvato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale, nell'anno di inizio del quinquennio al quale si riferisce la programmazione.

3. Il piano sanitario regionale è adottato nel rispetto delle norme in materia di programmazione regionale di cui alla [legge regionale 11 agosto 1999, n. 49](#) (Norme in materia di programmazione regionale), come modificata dalla legge regionale 15 novembre 2004, n. 61. Il piano sanitario regionale è aggiornato nel corso del quinquennio di vigenza almeno dopo il primo triennio.

4. La Regione opera per la progressiva unificazione delle disposizioni del piano sanitario regionale e del piano integrato sociale regionale, individuando le procedure per il coordinamento delle politiche socio sanitarie con quelle degli altri settori regionali al fine di perseguire le politiche di salute di cui all'[articolo 6](#).

### **Art. 19 - Contenuti del piano sanitario regionale**

1. Il piano sanitario regionale individua per il quinquennio di riferimento gli obiettivi generali di salute da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale, definendo in particolare:

- a) i livelli uniformi ed essenziali di assistenza, quali prestazioni da garantire in termini di equità a tutti gli assistiti, definiti sulla base di indicatori epidemiologici, clinici ed assistenziali;
  - b) i criteri di riparto delle risorse finanziarie alle aziende unità sanitarie locali, avuto riguardo specificatamente alle zone montane e insulari;
  - c) i criteri di quantificazione ed impiego delle risorse finanziarie destinate alla copertura di specifici fabbisogni per attività di alta qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di programmazione sanitaria regionale di cui all'[articolo 8](#), per il funzionamento di enti, aziende o organismi regionali operanti nel settore sanitario, per il sostegno degli investimenti per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie regionali;
  - d) gli indirizzi per la valorizzazione e qualificazione dell'assistenza nelle zone insulari e montane e le risorse regionali ad esse destinate;
  - e) gli eventuali vincoli di utilizzo delle risorse da parte delle aziende sanitarie regionali, con particolare riferimento a quelle impiegate nella prevenzione;
  - f) i progetti obiettivo, da realizzare attraverso l'integrazione funzionale ed operativa dei servizi sanitari e di quelli di assistenza sociale di competenza degli enti locali, e le azioni programmate di rilievo regionale;
  - g) criteri per la elaborazione dei piani di area vasta e per la definizione di intese ed accordi tra aziende, di cui all'[articolo 8](#), comma 4 e per la disciplina della contrattazione con i soggetti privati accreditati;
  - h) le direttive relative alla organizzazione delle aziende sanitarie;
  - i) i criteri e le modalità di determinazione delle tariffe anche in relazione alle diverse tipologie di soggetti erogatori;
  - l) gli strumenti per l'integrazione delle medicine non convenzionali negli interventi per la salute.
2. Il piano sanitario regionale si attua attraverso gli strumenti di programmazione cui all'[articolo 8](#).

## **Art. 20 - Relazione sanitaria regionale**

1. La relazione sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali:
  - a) valutazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione;
  - b) valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario regionale.
2. La Giunta regionale ogni tre anni elabora, in collaborazione con l'agenzia regionale di sanità, la relazione sanitaria regionale e la trasmette al Consiglio regionale e alla conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
3. La Giunta regionale elabora ogni anno, in collaborazione con l'agenzia regionale di sanità, un documento di monitoraggio e valutazione relativo allo stato di attuazione della programmazione regionale ed ai risultati raggiunti in merito a specifici settori e obiettivi di salute.
4. Il Consiglio regionale, in relazione ai risultati di salute della programmazione sanitaria regionale, emergenti dalla relazione sanitaria regionale e dal documento di cui al comma 3, formula indirizzi alla Giunta medesima anche al fine dell'adeguamento degli strumenti di programmazione sanitaria regionale.

## **Art. 21 - Piani integrati di salute**

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento partecipato di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie a livello di zona-distretto, che si coordina, attraverso i suoi progetti, con gli strumenti di programmazione e d'indirizzo locali e con gli strumenti amministrativi di competenza dei comuni nei settori che incidono sulle condizioni di benessere della popolazione.



2. Nel caso di sperimentazione della Società della salute di cui all'[articolo 65](#), il PIS costituisce lo strumento unico di programmazione socio-sanitaria di zona-distretto.
3. E' compito del PIS:
  - a) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi;
  - b) individuare le azioni attuative;
  - c) individuare le risorse messe a disposizione dai diversi soggetti per la sua attuazione;
  - d) attivare gli strumenti per valutare il raggiungimento degli obiettivi.
4. Il PIS comprende programmi e progetti operativi; i programmi coordinano le risorse disponibili per la realizzazione del PIS secondo le indicazioni contenute negli obiettivi di salute; i progetti operativi realizzano gli interventi necessari a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.
5. L'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo dell'articolazione zonale della conferenza dei sindaci che sancisce l'accordo in merito con la azienda unità sanitaria locale; l'accordo ha ad oggetto, in particolare, le risorse rese disponibili dagli enti locali e dalle aziende sanitarie; queste ultime quantificano tali risorse con riferimento al documento economico di cui all'[articolo 120](#), comma 2.
6. Ai fini di cui al comma 1, il procedimento di formazione del PIS tiene conto della programmazione e degli atti fondamentali di indirizzo regionali e comunali, prevedendo momenti di raccordo e forme di rapporto con gli altri enti pubblici interessati e con le strutture di assistenza delle organizzazioni di volontariato e delle associazioni di promozione sociale, della cooperazione sociale e del terzo settore; la Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIS.
7. Il PIS è approvato dalla articolazione zonale della conferenza dei sindaci; nel caso di sperimentazione delle Società della salute, la competenza all'avvio del processo e all'approvazione del PIS è attribuita all'organo di governo della medesima.
8. Il PIS ha durata triennale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono anche costituire aggiornamento.

## **Art. 22 - Piani attuativi locali**

1. Il piano attuativo locale è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo, per le attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, i PIS di zona-distretto; il piano attuativo locale ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali.
2. La conferenza dei sindaci e le relative articolazioni zonali determinano indirizzi e definiscono criteri per le aziende unità sanitarie locali per la elaborazione del piano attuativo locale; le articolazioni zonali della conferenza contribuiscono altresì alla formulazione del piano attuativo locale, per le attività sanitarie e socio-sanitarie, attraverso i PIS di cui all'[articolo 21](#).
3. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza dei sindaci, che lo approva in sede plenaria.
4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria regionale; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

5. Il piano attuativo si realizza attraverso programmi annuali di attività articolati, per quanto riguarda le attività socio-sanitarie territoriali, per zona-distretto; i programmi annuali di attività delle aziende unità sanitarie locali recepiscono, per le attività sanitarie territoriali e per quelle socio-sanitarie integrate, i programmi annuali dei PIS di zona-distretto.

6. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il programma annuale di attività di cui al comma 5 entro l'anno precedente a quello di riferimento e lo trasmette alla conferenza dei sindaci che lo approva; successivamente il direttore generale trasmette il programma annuale alla Giunta regionale che verifica la conformità dello stesso alla programmazione sanitaria regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività.

### **Art. 23 - Piani attuativi ospedalieri**

1. Il piano attuativo ospedaliero è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario regionale e del piano di area vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza.

2. Nella formulazione degli indirizzi di cui al comma 1, l'organo di indirizzo tiene conto, in particolare, del piano della didattica universitaria.

3. Il piano attuativo ospedaliero ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali.

4. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il piano attuativo ospedaliero entro l'anno precedente a quello di riferimento, lo trasmette all'Università ed alla competente articolazione di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, per l'acquisizione dei pareri di competenza. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla programmazione sanitaria regionale, lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento.

5. Il piano attuativo ospedaliero si realizza attraverso programmi annuali di attività adottati dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, acquisiti gli indirizzi e le valutazioni dell'organo di indirizzo; i programmi annuali sono approvati con lo stesso procedimento di cui al comma 4.

### **Art. 24 - Relazione sanitaria aziendale**

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di valutazione e di monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione sanitaria regionale e aziendale; essa costituisce pertanto strumento rilevante per la programmazione sanitaria aziendale e regionale.

2. La relazione sanitaria aziendale è adottata dal direttore generale, previo parere del consiglio dei sanitari, entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento.

3. La relazione sanitaria aziendale è trasmessa:

- a) dalle aziende unità sanitarie locali alla Giunta regionale e alla conferenza dei sindaci;
- b) dalle aziende ospedaliero-universitarie alla Giunta regionale ed alle competenti articolazioni di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.

4. Le conferenze dei sindaci e le articolazioni di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale.

## **Art. 25 - Fondo sanitario regionale**

1. Il fondo sanitario regionale è così composto:

- a) fondo ordinario di gestione destinato alle aziende unità sanitarie locali, per la erogazione ordinaria dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- b) fondi per lo sviluppo dei servizi, destinati alla copertura di specifici fabbisogni e servizi di interesse generale, per attività di elevata qualificazione, per specifici programmi individuati dagli strumenti di programmazione sanitaria regionale, per il sostegno degli investimenti e per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie;
- c) fondi finalizzati all'organizzazione del sistema, destinati a organismi ed enti a carattere regionale e a iniziative dirette della Regione in materia di innovazione e sviluppo del sistema.

2. La Giunta regionale può procedere all'accantonamento di quote del fondo sanitario regionale da destinare al mantenimento dell'equilibrio economico finanziario complessivo del sistema e da attribuire alle aziende sanitarie anche sulla base della individuazione negoziale di specifici obiettivi e risultati.

## **Art. 26 - Determinazione del fabbisogno finanziario**

1. La Giunta regionale, in sede di elaborazione del documento di programmazione economica e finanziaria, procede:

- a) alla stima del fabbisogno finanziario del servizio sanitario regionale per il triennio successivo, tenuto conto dell'evoluzione della domanda di salute, dell'andamento a livello regionale dei costi dei fattori produttivi, degli obiettivi di crescita programmati, del programma degli investimenti;
- b) alla stima delle risorse finanziarie disponibili che costituiscono il fondo sanitario regionale di cui all'[articolo 25](#).

2. A seguito di quanto stabilito ai sensi del comma 1, la Giunta regionale procede annualmente:

- a) alla ripartizione del fondo sanitario regionale ai sensi dell'[articolo 25](#), comma 1;
- b) ad emanare direttive per la formazione dei bilanci da parte delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100;
- c) alla individuazione, anche in corso di esercizio, delle manovre da porre in essere per assicurare l'equilibrio tra fabbisogno e risorse.

## **Art. 27 - Finanziamento delle aziende unità sanitarie locali**

1. Annualmente, la Giunta regionale provvede alla assegnazione alle aziende unità sanitarie locali del fondo ordinario di gestione, ripartendolo tra le stesse secondo i criteri definiti dal piano sanitario regionale.

2. Alle aziende unità sanitarie locali sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all'[articolo 25](#), comma 1, lettera b), in relazione a specifici progetti previsti dagli strumenti della programmazione sanitaria regionale.

3. Gli enti locali provvedono annualmente ad attribuire alle aziende unità sanitarie locali risorse finanziarie volte a coprire interamente i costi sostenuti per gli specifici programmi relativi a servizi sanitari territoriali e sociali ad alta integrazione sanitaria, aggiuntivi o integrativi rispetto a quelli erogati a carico del fondo sanitario regionale, anche con la coprogettazione e il cofinanziamento del settore "no profit" per i progetti previsti dai PIS.

## **Art. 28 - Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie**

1. Il finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie avviene in relazione al volume delle prestazioni erogate, computate sulla base delle tariffe massime fissate dalla Regione, ovvero sulla base delle valorizzazioni concordate tra le aziende nell'ambito delle intese di cui all'[articolo 8](#), comma 4, lettera d).

2. Alle aziende ospedaliero-universitarie sono altresì assegnate quote dei fondi per lo sviluppo dei servizi di cui all'[articolo 25](#), comma 1, lettera b), per il finanziamento di funzioni di riferimento regionale non sufficientemente remunerate dalle tariffe e per specifiche finalità previste dagli strumenti di programmazione sanitaria regionale.

## **Art. 29 - Finanziamento della mobilità sanitaria**

1. Le prestazioni erogate all'assistito 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; 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'assistito, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223 (Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente), 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 con proprie deliberazioni 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 statale 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 e specifiche modalità di applicazione del sistema tariffario; i suddetti vincoli possono, a seguito di accordi stipulati con altre Regioni, riguardare anche le prestazioni rese a cittadini toscani fuori dal territorio regionale. Le aziende sanitarie, all'interno dell'area vasta di riferimento, tenuto conto delle vocazioni aziendali, definiscono annualmente accordi di ordine finanziario per le prestazioni sanitarie derivanti dai flussi di mobilità interaziendale.

## **Art. 30 - Finanziamento aziendale tramite tariffe**

1. Le aziende sanitarie, nell'ambito dei propri fini istituzionali e nell'interesse pubblico, possono, previa autorizzazione della Giunta regionale, fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle previste

nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza; in tal caso le aziende sanitarie definiscono le modalità di valorizzazione, a carico delle istituzioni pubbliche o private o dei soggetti privati nei confronti dei quali le stesse sono erogate, tramite apposite tariffe determinate dall'azienda sanitaria 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.

3. Le aziende sanitarie organizzano le attività di cui ai commi 1 e 2, assicurando il regolare svolgimento delle ordinarie attività istituzionali, conformemente agli indirizzi regionali.

### **Art. 30 bis - Indebitamento delle Aziende e degli ESTAV [\(25\)](#)**

1. Le aziende sanitarie possono contrarre indebitamento previa autorizzazione regionale fino a un massimo di anni venti, unicamente per il finanziamento di spese di investimento e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate, per capitale e interessi, non superiore al 25 per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente attribuita alle stesse aziende.

2. Le aziende sanitarie possono essere autorizzate in rapporto alle finalità di cui al comma 1 a rinegoziare il proprio indebitamento anche mediante allungamento della scadenza.

3. La Giunta regionale autorizza le operazioni di indebitamento con propria deliberazione, previa verifica della congruità tra la tipologia dell'investimento e la durata del finanziamento, nonché previa analisi e valutazione economica della capacità delle aziende sanitarie di fare fronte agli oneri finanziari conseguenti.

4. In casi eccezionali, debitamente motivati nella deliberazione di autorizzazione di cui al comma 3, le aziende sanitarie possono essere autorizzate a contrarre l'indebitamento oltre i limiti cui al comma 1; in tal caso la Giunta regionale assicura, a valere sul fondo sanitario regionale e per l'intera durata dell'operazione, le risorse necessarie alla copertura degli oneri di ammortamento del debito tramite idonea integrazione della quota assegnata ai sensi degli articoli [25](#) e [26](#).

5. La disposizione di cui al comma 4 si applica anche agli Enti per i servizi tecnico amministrativi (ESTAV).

## **Titolo IV**

### **ORDINAMENTO**

#### **Capo I - Aziende sanitarie**

### **Art. 31 - 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, secondo quanto previsto dall'[articolo 50](#).

## **Art. 32 - Aziende unità sanitarie locali**

1. Le aziende unità sanitarie locali e le relative articolazioni in zona-distretto sono individuate nell'[allegato A](#) alla presente legge.
2. Le aziende unità sanitarie locali provvedono:
  - a) alla programmazione ed alla gestione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, comprese quelle socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto delegato;
  - b) alla programmazione ed alla gestione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, di cui all'articolo 3-septies, comma 1, lettera a), del decreto delegato, garantendone l'erogazione contestualmente agli interventi sociali correlati, secondo gli indirizzi della programmazione regionale e locale;
  - c) alla gestione delle attività di assistenza sociale delegate dagli enti locali, che provvedono alla copertura dei relativi oneri ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto delegato.

## **Art. 33 - Aziende ospedaliero-universitarie**

1. Le aziende ospedaliero-universitarie, di cui all'[allegato A](#) alla presente legge, sono organizzate secondo la disciplina di cui all'articolo 2 del d.lgs. 517/1999.
2. Le aziende ospedaliero-universitarie assicurano, relativamente alle attività specialistiche loro attribuite dagli strumenti 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;
  - d) le attività di ricerca clinica e preclinica;
  - e) le attività didattiche legate al sistema regionale della formazione sanitaria secondo la disciplina di cui al titolo IV, capo V;
  - f) le altre attività tipiche della facoltà di medicina e chirurgia inscindibilmente connesse con le attività assistenziali.
3. Le aziende ospedaliero-universitarie perseguono lo sviluppo delle attività di alta specializzazione quale riferimento di area vasta, in relazione a livelli qualitativi verificati ed in coerenza con l'ottimizzazione della rete ospedaliera e con le indicazioni della programmazione regionale.

## **Art. 34 - Sperimentazioni gestionali - Costituzione di società miste**

1. Le aziende sanitarie, al fine di introdurre nella organizzazione delle prestazioni elementi di innovazione, economicità ed efficienza, possono, previa sperimentazione, attivare rapporti in forma societaria con soggetti privati nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale e relativamente alle attività in essa indicate.
2. E' fatto obbligo alle aziende di sottoporre preventivamente alla Giunta regionale lo schema dello statuto delle società che si intende costituire, unitamente ad una relazione illustrativa circa le finalità, il funzionamento ed i risultati gestionali attesi. La Giunta regionale propone l'atto conseguente al Consiglio regionale che l'approva entro i successivi 30 giorni. L'attivazione dei rapporti in forma societaria avviene nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 9-bis del decreto delegato.
3. Il Consiglio regionale verifica annualmente delle società costituite per "le sperimentazioni gestionali".

Capo II - 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 ospedaliero-universitarie sono quelli indicati dall'articolo 4 del d.lgs. 517/1999 e disciplinati dai protocolli d'intesa di cui all'[articolo 13](#), comma 2. Nei casi di aziende ospedaliero-universitarie cui siano stati conferiti beni e risorse anche da parte universitaria, con l'atto aziendale di costituzione dell'azienda può essere istituito apposito organo paritetico cui è conferita la delega alla gestione economico-patrimoniale.

## **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.

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 direttore 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 34.

## **Art. 37 - Nomina e rapporto di lavoro del direttore generale**

1. Il direttore generale è nominato tra soggetti in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto delegato, che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età, individuati a seguito di avviso pubblico.

2. Il direttore generale è nominato dal Presidente della Giunta regionale:

- a) per le aziende unità sanitarie locali, previo confronto con la conferenza dei sindaci;
- b) per le aziende ospedaliero-universitarie, di intesa con il rettore dell'università interessata previo confronto con la competente articolazione di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.

3. La nomina del direttore generale è preceduta da motivata comunicazione al Consiglio regionale, decorsi trenta giorni dal ricevimento della comunicazione da parte del Consiglio regionale, il Presidente della Giunta regionale procede alla nomina.

4. L'efficacia della nomina è subordinata alla stipula di apposito contratto di diritto privato di durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, rinnovabile; il contratto è redatto in osservanza delle norme del libro V titolo III del codice civile, secondo lo schema-tipo approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale ed è stipulato fra il Presidente della Giunta ed il direttore generale nominato nel termine di quindici giorni. [\(3\)](#)

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. Il Presidente della Giunta regionale, prima della scadenza del termine del contratto può procedere alla conferma dell'incarico ed alla stipula di un nuovo contratto, ovvero prorogare, per un periodo non superiore a sessanta giorni, il contratto in scadenza; la conferma deve essere preceduta da una valutazione positiva dell'operato del direttore generale e alla stessa si provvede con le procedure di cui ai commi 1, 2 e 3.

7. Al direttore generale si applicano le disposizioni previste per i consiglieri regionali dall'[articolo 11 della legge regionale 29 agosto 1983, n. 68](#) (Norme di attuazione dell'articolo 18 della Costituzione e della legge 25 gennaio 1982, n. 17, in materia di associazioni segrete e norme per garantire la pubblicità della situazione associativa dei titolari di cariche elettive o di nomine e designazioni regionali).

### **Art. 38 - Cause di incompatibilità del direttore generale**

1. Il Presidente della Giunta regionale accerta la sussistenza delle condizioni di incompatibilità del direttore generale al momento della nomina.
2. 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.

### **Art. 39 - Cause di decadenza e revoca del direttore generale**

1. Le cause di decadenza e revoca dalla nomina del direttore generale sono quelle previste agli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato nonché quelle previste dal contratto di cui all'[articolo 37](#), comma 4; 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.
4. Nei casi di decadenza o revoca, sono preventivamente acquisiti per il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale il parere della conferenza dei sindaci e, per il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria, l'intesa con il rettore dell'università interessata, nonché il parere della competente articolazione di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
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. Il Presidente della Giunta regionale prescinde dai pareri nei casi di particolare gravità ed urgenza e nell'ipotesi di commissariamento aziendale.



7. 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 la competente articolazione di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria per l'azienda ospedaliero-universitaria.

8. La conferenza dei sindaci ovvero, per le aziende ospedaliero-universitarie, la competente articolazione di area vasta della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria, nel caso di manifesta inattuazione dei piani attuativi locali, possono chiedere al Presidente della Giunta regionale di revocare il direttore generale o, qualora il contratto sia già scaduto, di non disporre la conferma.

9. 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.

10. In alternativa alla ipotesi di cui al comma 9, il Presidente della Giunta regionale può procedere, in casi di particolare gravità, al commissariamento dell'azienda, motivando il ricorso a tale procedura.

11. Il Presidente della Giunta regionale, nella ipotesi di cui al comma 10, nomina 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.

12. Per le aziende ospedaliero-universitarie, i protocolli d'intesa di cui all'[articolo 13](#), comma 2, 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.

## **Art. 40 - Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali**

1. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario e dal direttore dei servizi sociali; i requisiti e le funzioni del direttore sanitario e del direttore amministrativo sono disciplinate dagli articoli 3 e 3-bis del decreto delegato.

2. Il direttore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale nella direzione e nel coordinamento delle attività socio-assistenziali a rilievo sanitario e di quelle di assistenza sociale delegate all'azienda unità sanitaria locale ai sensi dell'[articolo 32](#), comma 2, lettera c); in particolare:

a) fornisce pareri obbligatori, per quanto di propria competenza, sugli atti del direttore generale dell'azienda;

b) assicura lo svolgimento di funzioni tecniche e professionali, finalizzate alla programmazione aziendale per quanto riguarda l'integrazione sociale e sanitaria;

c) presta assistenza nei rapporti con l'esecutivo della conferenza dei sindaci.

3. Il direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentita la conferenza dei sindaci; si applica la disposizione di cui all'articolo 3, comma 11 del decreto delegato.

4. Possono essere nominati direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale i soggetti che non abbiano compiuto il sessantacinquesimo anno di età e abbiano svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione o di coordinamento tecnico-professionale in enti o strutture di assistenza sociale pubblici o privati di media o grande dimensione, che possiedano inoltre uno dei seguenti requisiti:

- a) diploma di laurea in scienze della formazione, in sociologia, o in discipline equipollenti a indirizzo sociologico;
  - b) diploma di laurea specialistica in servizio sociale;
  - c) iscrizione nella sezione A dell'albo di cui al combinato disposto della legge 23 marzo 1993, n. 84 (Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale) e del decreto del Presidente della Repubblica 5 giugno 2001, n. 328 (Modifiche ed integrazioni della disciplina dei requisiti per l'ammissione all'esame di Stato e delle relative prove per l'esercizio di talune professioni, nonché della disciplina dei relativi ordinamenti).
5. Il trattamento economico del direttore dei servizi sociali è determinato con deliberazione della Giunta regionale in misura non superiore al 70 per cento del trattamento base attribuito al direttore generale, tenendo conto in particolare della complessità delle funzioni e dell'esercizio della delega dei singoli enti locali all'azienda unità sanitaria locale ai sensi dell'[articolo 32](#), comma 2, lettera c).
6. Gli oneri per il trattamento economico del direttore dei servizi sociali, nei casi di gestione delegata, sono ripartiti in eguale misura tra gli enti locali interessati e l'azienda unità sanitaria locale.
7. Il rapporto di lavoro del direttore sanitario, del direttore amministrativo e del direttore dei servizi sociali è esclusivo, non è compatibile con cariche pubbliche elettive o di nomina ed è regolato da contratto di diritto privato rinnovabile; tale contratto, redatto sulla base di uno schema tipo approvato dalla Giunta regionale, è stipulato dall'azienda sanitaria.
8. Ai fini dell'approvazione dello schema tipo di contratto per i direttori dei servizi sociali e dell'adozione del provvedimento di cui al comma 5, la Giunta regionale acquisisce il parere della conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.
9. La nomina a direttore sanitario e a direttore amministrativo determina per i lavoratori dipendenti il collocamento in aspettativa ai sensi dell'articolo 3-bis, comma 11, del decreto delegato.
10. La nomina a direttore dei servizi sociali di dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale, ovvero di una azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, determina il collocamento in aspettativa senza assegni ed il diritto al mantenimento del posto; l'aspettativa è concessa entro sessanta giorni dalla richiesta.
11. Il direttore generale risolve il contratto stipulato con il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali, qualora sopravvengano:
- a) alcuno dei fatti previsti dall'[articolo 3](#), comma 11, del decreto delegato, ovvero non siano state rimosse le cause di incompatibilità;
  - b) gravi motivi;
  - c) violazione di legge o del principio del buon andamento e di imparzialità della pubblica amministrazione.
12. Il rapporto di lavoro del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali si risolve di diritto decorsi sessanta giorni dalla nomina del nuovo direttore generale.

## **Art. 41 - Collegio sindacale. Nomina e funzionamento**

1. Il collegio sindacale è composto da cinque membri nominati dal direttore generale sulla base delle designazioni formulate, per le aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto delegato, e, per le aziende ospedaliero-universitarie, ai sensi dell'articolo 4, comma 3, del d.lgs. 517/1999.

2. 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.

3. 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, *il Presidente della Giunta regionale* (4) provvede a costituirlo in via straordinaria con due dirigenti della Regione; il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

4. Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il membro del collegio sindacale, che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive del collegio, decade dall'ufficio.

5. 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 regionale può comunque richiedere al collegio la trasmissione dei verbali.

*6. Ai membri del collegio sindacale è attribuita l'indennità prevista dall'articolo 3, comma 13, del decreto delegato, ed il rimborso delle spese effettivamente sostenute nei limiti e secondo quanto previsto dalla normativa vigente per i dirigenti del servizio sanitario nazionale; le modalità di computo della indennità sono stabilite con provvedimento della Giunta regionale.* (5)

## **Art. 42 - Collegio sindacale. Funzioni**

1. Il collegio sindacale:

- a) esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile sull'attività dell'azienda sanitaria;
- b) vigila sull'osservanza delle leggi;
- c) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- d) accerta almeno ogni trimestre la consistenza di cassa e l'esistenza dei valori e dei titoli in proprietà, deposito, cauzione o custodia;
- e) esercita il controllo anche sulle attività svolte dalle aziende stesse in materia di assistenza sociale e di servizi socio-assistenziali.

2. Tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione; entro lo stesso termine gli atti sono pubblicati sull'albo dell'azienda sanitaria.

3. Il collegio entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio medesimo; in caso contrario, è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni ed a comunicarle al collegio.

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 sanitaria per quindici giorni consecutivi.

5. Nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sulla attività della azienda sanitaria, il collegio può eseguire controlli a campione; 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 8.

6. Sono comunque soggetti a controllo puntuale da parte del collegio i seguenti tipi di atti:

- a) atti di bilancio;
- b) regolamenti in materia di contabilità.

7. 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 è allegata agli atti di bilancio e trasmessa alla Giunta regionale per l'approvazione di cui all'[articolo 10](#), comma 3.

8. Su tutti i controlli eseguiti ai sensi del presente articolo, il collegio redige trimestralmente una relazione, in cui esprime una valutazione complessiva circa l'andamento contabile nonché la gestione amministrativa dell'azienda sanitaria; la relazione è inviata al direttore generale e alla Giunta regionale; la Giunta regionale può esprimere indirizzi in ordine ai contenuti della relazione anche attraverso la predisposizione di appositi schemi-tipo.

Capo III - Funzioni consultive del governo clinico

### **Art. 43 - Le strutture regionali del governo clinico**

1. Sono strutture del governo clinico regionale i seguenti organismi già costituiti:

- a) Organizzazione toscana trapianti;
- b) Istituto toscano tumori;
- c) Centro regionale di coordinamento e compensazione dell'attività trasfusionale;
- d) Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente.

2. Per favorire il governo clinico regionale delle attività caratterizzate da una elevata necessità di integrazione e direzione tecnica regionale, *la Giunta regionale, acquisito il parere obbligatorio della commissione consiliare competente che si esprime nel termine di trenta giorni dalla richiesta* [\(6\)](#) può altresì costituire specifiche strutture con funzione di riferimento regionale.

3. Per lo sviluppo a rete di specifici settori del servizio sanitario regionale e per la promozione delle attività di governo clinico, la Giunta regionale può istituire appositi organismi regionali di coordinamento delle strutture organizzative aziendali ed interaziendali.

4. *La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina la corresponsione delle indennità e dei rimborsi spese spettanti ai componenti delle strutture e degli organismi di cui ai commi 1, 2 e 3, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione di ciascun organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità.* [\(7\)](#)

### **Art. 44 - 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 ventisette membri; i componenti sono eletti, assicurando la presenza maggioritaria della componente ospedaliera; tale rappresentanza è composta da diciotto dirigenti medici ospedalieri, scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste dallo statuto aziendale, 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, un rappresentante delle medicine complementari;

b) da quattro a sei 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 che assicurino la rappresentatività sia delle attività ospedaliere che di quelle territoriali;

d) tre componenti eletti tra il personale tecnico sanitario, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.

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) 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;

e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati di cui al comma 1, lettera a) tutti i medici convenzionati con l'azienda sanitaria.

3. 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, 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, si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

5. E' membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.

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

## **Art. 45 - Consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie**

1. Il consiglio dei sanitari delle aziende ospedaliero-universitarie è organismo elettivo, presieduto dal direttore sanitario, che ne è membro di diritto.

2. Nelle aziende ospedaliero-universitarie 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) venti medici complessivi appartenenti alle componenti ospedaliera ed universitaria di cui due rappresentanti delle medicine complementari; i componenti ospedalieri sono eletti tra i dirigenti; i candidati sono scelti in modo tale da garantire una rappresentanza equilibrata delle diverse strutture organizzative funzionali previste nello statuto aziendale;

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

- c) da quattro a sei componenti in rappresentanza degli altri laureati, in misura pari tra la componente universitaria e quella ospedaliera;
- d) tre componenti in rappresentanza del personale infermieristico;
- e) tre componenti in rappresentanza dei tecnici sanitari, assicurando la rappresentatività rispettivamente delle aree professionali della riabilitazione, tecnica sanitaria e della prevenzione.

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 ospedaliero-universitaria;
- 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 ospedaliero-universitaria;
- e) partecipano all'elezione della rappresentanza dei medici convenzionati con le aziende unità sanitarie locali dell'area vasta di riferimento, di cui al comma 3, lettera b), tutti i medici convenzionati con l'azienda.

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.

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; in assenza di dirigenti non eletti della componente in difetto, si applicano le disposizioni di cui al comma 9.

8. E' membro di diritto del consiglio dei sanitari il direttore sanitario che lo presiede.

9. Al fine di assicurare la piena rappresentatività nel consiglio dei sanitari delle strutture di cui al comma 3 lettera a), in sede di insediamento, il direttore generale può designare, fino ad un massimo di otto membri individuati tra i dirigenti, tenendo conto dei livelli di responsabilità nell'organizzazione aziendale.

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

## **Art. 46 - Competenze e funzionamento del consiglio dei sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie**

1. Il consiglio dei sanitari è organismo consultivo delle aziende e si esprime sugli atti di cui agli articoli [22](#), [23](#), [24](#) e [50](#), nonché sulle materie individuate dallo statuto aziendale con particolare riferimento a quelle di carattere organizzativo e di funzionamento dei servizi, ai sensi delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma 12 del decreto delegato; il consiglio dei sanitari si esprime entro il termine di venti 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 tre vice presidenti, di cui due medici, appartenenti, nell'azienda ospedaliero-universitaria, a ciascuna delle componenti di cui all'[articolo 45](#), comma 3, lettera a).
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. 47 - Elezioni del consiglio dei sanitari**

1. Le modalità di elezione del consiglio dei sanitari ed i relativi criteri di selezione dei candidati, sono disciplinati da apposito regolamento, adottato dal direttore generale.
2. Il regolamento assicura il rispetto delle previsioni di cui all'articolo 44, comma 1, lettera a), ed all'[articolo 45](#), comma 3, lettera a).

### **Art. 48 - Collegio di direzione delle aziende sanitarie**

1. In ogni azienda sanitaria è costituito il collegio di direzione, di cui la direzione aziendale si avvale per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria con particolare riferimento alla appropriatezza dei percorsi diagnostico-assistenziali; il collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, di ricerca e innovazione, delle soluzioni organizzative per lo svolgimento della attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il collegio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo clinico dell'azienda con modalità disciplinate dallo statuto; la disciplina prevede la convocazione periodica dell'organismo da parte del direttore sanitario, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione del collegio di direzione all'azione di governo.
2. Il collegio di direzione è composto da:
  - a) il direttore sanitario, che lo presiede;
  - b) i vice presidenti del consiglio dei sanitari;
  - c) i direttori dei dipartimenti e, ove non costituiti, i responsabili delle aree funzionali ospedaliere di cui all'articolo 68;
  - d) i direttori infermieristico e tecnico sanitario di cui all'articolo 62, comma 5;
  - e) un rappresentante dei medici convenzionati.
3. Nelle aziende unità sanitarie locali fanno parte del collegio di direzione anche i coordinatori sanitari di zona-distretto di cui all'[articolo 64](#), comma 5, lettera e), ed i direttori dei presidi ospedalieri.
4. Nelle aziende ospedaliero-universitarie i membri di cui al comma 2, lettere b) e c), sono complessivamente in numero uguale per le componenti universitaria ed ospedaliera; a tal fine, ove si verificasse uno squilibrio tra le due componenti, il collegio di direzione è integrato dal numero di membri necessario per raggiungere la parità, designati dai dipartimenti tra i dirigenti laureati responsabili di strutture organizzative all'interno dei dipartimenti stessi.
5. Al collegio di direzione partecipano altresì il direttore amministrativo e il farmacista incaricato dal direttore sanitario del coordinamento e dell'integrazione a livello aziendale delle politiche del farmaco.

## **Art. 49 - Collegio di direzione di area vasta**

1. Per le funzioni di cui all'[articolo 56](#), in ogni area vasta è costituito il collegio di direzione di cui il comitato di area vasta si avvale per il governo delle attività cliniche.

2. Il collegio di direzione è costituito:

- a) dai direttori sanitari delle aziende sanitarie comprese nell'area vasta;
- b) da un componente per ciascuno dei collegi di direzione aziendali;
- c) da un componente per ciascuno dei dipartimenti interaziendali di cui all'[articolo 70](#);
- d) dai direttori infermieristici e tecnico sanitari delle aziende sanitarie comprese nell'area vasta;
- e) da due rappresentanti dei medici convenzionati.

3. Il comitato di area vasta nomina i membri del collegio di direzione e disciplina le modalità di funzionamento e di svolgimento delle attività del collegio di direzione, sulla base di indirizzi della Giunta regionale.

Capo IV - Statuto aziendale

## **Art. 50 - 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 direttore dei servizi sociali e del responsabile della zona-distretto;
- 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.

2. 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.

3. Lo statuto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie tiene conto della presenza delle attività assistenziali disciplinate dai protocolli d'intesa fra Regione e università.

4. 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.

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

6. Per le aziende unità sanitarie locali, sono disciplinati con atti regolamentari:

- a) i rapporti tra i responsabili delle zone-distretto ed i responsabili delle unità funzionali dei servizi sanitari territoriali;
- 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.

7. Per le aziende ospedaliero-universitarie, sono disciplinati con atti regolamentari:



- a) la definizione delle specifiche finalità delle articolazioni organizzative professionali che tengono conto della presenza di attività didattica e di ricerca;
- b) le modalità di designazione dei rappresentanti elettivi al collegio di direzione di cui all'[articolo 48](#), comma 4, ed ai comitati di dipartimento.

Capo V - Formazione sanitaria e ricerca

## **Art. 51 - La rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua**

1. La Giunta regionale, al fine di promuovere opportunità di sviluppo dei centri di eccellenza e l'innalzamento omogeneo della qualità dell'assistenza della rete ospedaliera, tenuto conto della programmazione sanitaria locale e di area vasta, dei dati di mobilità sanitaria extraregionale, del bacino di utenza delle singole aziende sanitarie e dei relativi bisogni di salute, può finanziare, sentita la commissione regionale per la formazione di cui al comma 4, programmi di perfezionamento del personale mediante la stipula di specifici accordi con le università ed i centri specialistici regionali, nazionali ed esteri di riferimento nelle specifiche materie di interesse strategico.
2. Con le finalità di cui al comma 1, per valorizzare le risorse professionali esistenti all'interno del servizio sanitario regionale e adeguare la formazione degli operatori al modello produttivo e organizzativo del servizio stesso, la Giunta regionale istituisce la rete formativa del servizio sanitario regionale per la formazione continua.
3. La rete è costituita dal sistema delle aziende sanitarie e degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100, dall'agenzia regionale di sanità, dagli enti di ricerca e dagli istituti di cui all'[articolo 14](#), dal centro per lo studio e la prevenzione oncologica di cui alla [legge regionale 6 aprile 2000, n. 52](#) (Centro per lo studio e la prevenzione oncologica "C.S.P.O.". Conferimento della personalità giuridica di diritto pubblico ai fini del riconoscimento statale di cui al decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 269), modificata dalla legge regionale 12 maggio 2003, n. 23. La rete si avvale della collaborazione delle università toscane e degli ordini e collegi professionali della Regione.
4. Ferme restando le competenze degli organismi previsti dai contratti collettivi di lavoro, la Giunta regionale istituisce, sentito il consiglio sanitario regionale e nel rispetto del criterio della rappresentatività delle figure professionali che operano all'interno del servizio sanitario regionale pubblico e privato, delle professioni e con la partecipazione dell'università, una apposita commissione regionale per la formazione sanitaria, quale organismo di supporto per la definizione delle linee di indirizzo sulla rete formativa.
5. La commissione per la formazione sanitaria elabora proposte e formula pareri in materia di formazione continua relativamente a:
  - a) programmazione regionale, di area vasta e aziendale della formazione continua;
  - b) indirizzo e coordinamento del sistema formativo del servizio sanitario regionale;
  - c) disciplina della modalità e degli strumenti per regolamentare gli apporti economici esterni alla formazione del servizio sanitario regionale;
  - d) criteri e procedure per l'accreditamento degli eventi formativi, residenziali e sul campo;
  - e) criteri e procedure per l'accreditamento delle agenzie formative pubbliche e private;
  - f) criteri e indirizzi per lo sviluppo della qualità delle metodologie formative ivi compresa la formazione a distanza e per la promozione della formazione interprofessionale;
  - g) determinazione dei criteri per la scelta delle sedi didattiche.
6. La Giunta regionale promuove la realizzazione di un'anagrafe da parte dei soggetti pubblici e privati del servizio sanitario regionale per la registrazione dei crediti formativi degli operatori in

collaborazione con gli ordini, collegi e associazioni professionali; gli ordini, collegi e associazioni professionali certificano i crediti conseguiti dai professionisti sanitari iscritti negli albi.

7. La Giunta regionale, nel rispetto di quanto disposto dai contratti collettivi di lavoro, determina le modalità di partecipazione degli ordini e collegi professionali ai processi di rilevazione del fabbisogno formativo dei singoli professionisti ai fini della elaborazione dei piani formativi aziendali e di area vasta, per realizzare la sintesi tra la formazione continua necessaria per il buon funzionamento delle strutture e dei servizi e la valorizzazione delle singole professionalità.

## **Art. 52 - Apporto della rete formativa regionale alla formazione di base**

1. La Regione, di intesa con le università toscane, garantisce l'apporto della rete formativa regionale alla formazione di base, di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a), della [legge regionale 26 ottobre 1998, n. 74](#) (Norme per la formazione degli operatori del servizio sanitario), degli operatori del servizio sanitario regionale avvalendosi della commissione regionale per la formazione sanitaria, con funzioni di:

- a) definizione dei criteri generali per l'individuazione del personale del servizio sanitario cui attribuire funzioni di "tutor" o di docente;
- b) elaborazione dei criteri per la scelta delle sedi didattiche;
- c) definizione dei fabbisogni formativi;
- d) attuazione dei compiti di cui all'articolo 16 del decreto delegato per quanto attiene alla formazione specialistica.

## **Art. 53 - Formazione specialistica**

1. Al fine di favorire la formazione specialistica dei laureati con laurea specialistica ammessi alle scuole universitarie di specializzazione di area sanitaria, ferme restando le prerogative universitarie, la Giunta regionale, anche a seguito di confronto con la commissione di cui all'[articolo 51](#), comma 4, può concludere accordi con le università ove ha sede la scuola di specializzazione in relazione all'attivazione del contratto di formazione previsto dall'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE), come modificato dal decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277, per determinare tempi, sedi, numero e disciplina specialistica, modalità e risorse economiche attribuite, per la partecipazione dei laureati con laurea specialistica in formazione medico-specialistica alle attività assistenziali delle aziende sanitarie dell'area vasta di riferimento, nonché ogni altro adempimento connesso non espressamente previsto nello stesso decreto legislativo.

2. La copertura degli oneri derivanti dal presente articolo è posta a carico del fondo sanitario regionale.

3. Ai medici convenzionati con il servizio sanitario regionale a tempo indeterminato, non in possesso di specializzazione, è consentito sospendere l'attività convenzionata per il periodo corrispondente alla durata dei corsi di specializzazione di cui al comma 1.

## **Art. 54 - La ricerca e l'innovazione**

1. Per lo sviluppo della ricerca e dell'innovazione in sanità, la Giunta regionale promuove anche attraverso la costituzione di apposite strutture organizzative, il coordinamento e favorisce la complementarietà delle azioni intraprese dai soggetti del servizio sanitario regionale, da quelli di cui agli [articoli 13](#) e [14](#), dai centri regionali di ricerca e innovazione, dal volontariato e dai privati,

nonché il trasferimento dei risultati di eccellenza raggiunti; il piano sanitario regionale può prevedere a tali fini l'utilizzo dei finanziamenti del fondo sanitario regionale.

2. Per sostenere la crescita qualitativa dei livelli di assistenza e di favorire processi di appropriatezza, sicurezza ed economicità nell'erogazione dell'assistenza farmaceutica, la Giunta regionale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, promuove e favorisce programmi organici di ricerca, orientandone lo sviluppo verso:

- a) il superamento delle criticità emerse all'interno del servizio sanitario regionale;
- b) l'innovazione farmacologica;
- c) la cura delle patologie rare.

## **Titolo V**

### **ORGANIZZAZIONE**

#### **Capo I - Principi organizzativi**

#### **Art. 55 - 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 30 marzo 2001, n.165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze della amministrazioni pubbliche), come modificato dalla legge 15 luglio 2002, n. 145, 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) analisi dei bisogni socio - sanitari;
- b) flessibilità delle strutture organizzative e delle procedure;
- c) responsabilità di budget;
- d) integrazione ed interazione tra diverse professionalità;
- e) condivisione delle risorse;
- f) umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza;
- g) previsione di strumenti organizzativi interaziendali;
- h) sviluppo della funzione di pianificazione strategica e di controllo direzionale;
- i) raggiungimento di obiettivi di qualità, di adeguati livelli di qualificazione ed economicità dell'attività;
- j) valutazione dei risultati raggiunti.

4. Il funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie per le attività disciplinate dai protocolli d'intesa tra la Regione ed università, è attuato in coerenza con il principio di inscindibilità delle attività assistenziali della didattica e della ricerca, ai sensi dell'[articolo 13](#).

#### **Art. 56 - Funzioni gestionali**

1. Le aziende unità sanitarie locali, per il raggiungimento delle finalità di cui all'[articolo 55](#), organizzano le proprie attività secondo le seguenti funzioni:

- a) pianificazione strategica;
- b) controllo direzionale;

- c) programmazione di zona-distretto;
- d) programmazione operativa.

2. Le aziende ospedaliero-universitarie 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 competenti, anche attivando appositi gruppi di lavoro, attraverso l'analisi dei bisogni, definisce gli obiettivi generali dell'azienda sanitaria, le strategie per il loro raggiungimento, l'allocazione delle risorse, lo sviluppo dei servizi ospedalieri in rete e l'assetto organizzativo dell'azienda sanitaria; 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 di staff, attraverso la definizione di apposite procedure di controllo del raggiungimento degli obiettivi in termini di servizi erogati e del corretto utilizzo delle risorse umane e materiali.

5. La programmazione di zona-distretto è la funzione con la quale si definiscono le attività a livello di zona-distretto in relazione ai bisogni di salute della popolazione, attraverso la predisposizione di appositi programmi, la negoziazione e il controllo dei budget delle strutture organizzative; sono strumenti della programmazione di zona-distretto i piani integrati di salute e i programmi annuali di attività di cui agli [articoli 21](#), [22](#) e [23](#).

6. La funzione di negoziazione e controllo dei budget delle strutture organizzative nelle aziende ospedaliero-universitarie è svolta dalla direzione aziendale.

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

## **Art. 57 - 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 fanno parte della direzione aziendale anche il direttore dei servizi sociali e qualora l'azienda sia articolata in più zone-distretto, i responsabili di cui all'articolo 68.[\(29\)](#) Per le zone-distretto interessate alla sperimentazione della Società della salute di cui all'[articolo 65](#), l'azienda definisce, d'intesa con l'organo di governo di quest'ultima, l'apporto dirigenziale alla direzione aziendale in sostituzione dei responsabili di zona-distretto.

3. Le aziende sanitarie assicurano l'apporto alla direzione aziendale dei direttori dei dipartimenti o delle altre strutture funzionali di massima dimensione aziendale titolari di budget, attraverso l'istituzione di apposito ufficio di direzione; nelle aziende unità sanitarie locali all'ufficio di direzione così costituito possono essere chiamati a partecipare anche i direttori dei presidi ospedalieri.

4. Il coordinamento dei responsabili di budget è sentito dalle direzioni aziendali relativamente agli atti di bilancio ed agli atti di programmazione aziendale.

5. L'ufficio di direzione supporta la direzione aziendale nell'adozione degli atti di governo dell'azienda sanitaria con modalità disciplinate dallo statuto aziendale; la disciplina prevede la periodicità, almeno mensile, della convocazione dell'organismo da parte del direttore generale, i provvedimenti soggetti a parere, le modalità di partecipazione dell'ufficio di direzione all'azione di governo e quelle di comunicazione dei provvedimenti di competenza dei membri della direzione aziendale.

6. 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 33](#), comma 2, dal parere reso dal direttore dei servizi sociali, nonché per i provvedimenti di cui all'[articolo 46](#), comma 1, dai pareri del consiglio dei sanitari e, per quelli di cui al comma 5, dai pareri dell'ufficio di direzione.

### **Art. 58 - 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 professionali per quanto riguarda gli specifici processi professionali e per le relative attività di supporto e sono esercitate all'interno di strutture organizzative funzionali; a questo fine il personale delle strutture organizzative 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. 59 - Direzione di strutture organizzative sanitarie [\(8\)](#)**

1. Gli incarichi di direzione delle strutture organizzative di cui al presente titolo sono conferiti ai dirigenti sanitari, di cui all'articolo 15-quater, commi 1, 2 e 3, del decreto delegato, in regime di rapporto di lavoro esclusivo da mantenere per tutta la durata dell'incarico.

2. Gli incarichi di direzione di struttura, nonché dei programmi di cui all'articolo 5, comma 4, del d.lgs. 517/1999 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. 60 - Strutture organizzative professionali e loro compiti**

1. Le strutture organizzative 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 gli assistiti;
- 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;
- f) concorrono ai processi gestionali e di integrazione professionale di competenza delle strutture organizzative funzionali.

### **Art. 61 - Criteri per la costituzione delle strutture organizzative professionali**

1. Le strutture organizzative professionali sono costituite 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 avendo a riferimento le funzioni operative di cui all'[articolo 58](#) 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 professionali alle quali sono attribuite le funzioni operative.

7. Il piano sanitario regionale individua i criteri per la costituzione delle strutture organizzative dirigenziali delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e dell'assistenza sociale ai sensi dell'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica) come modificata dal decreto legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito in legge 26 maggio 2004, n. 138.

8. Per le aziende ospedaliero-universitarie, 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 professionali;
- c) i criteri di applicazione delle funzioni operative previste dal repertorio di cui all'[articolo 58](#), comma 1, alle aziende ospedaliero-universitarie.

9. Le aziende ospedaliero-universitarie possono costituire in via sperimentale, previa autorizzazione della Giunta regionale, strutture organizzative professionali per funzioni operative non previste nel repertorio di cui all'[articolo 58](#), 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 è inserita nel repertorio con le procedure previste per l'aggiornamento del piano sanitario regionale.

## **Art. 62 - 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 dirigente delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche per le unità operative relative alle corrispondenti aree professionali classificate di livello dirigenziale secondo i criteri stabiliti dal piano sanitario regionale;
- c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla l. 251/2000 e successive modifiche e della professione di assistente sociale per le unità operative diverse da quelle di cui alla lettera b);
- d) ad un dirigente dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, per le unità operative titolari di funzioni operative di carattere tecnico ed amministrativo.

2. Per le unità operative universitarie delle aziende ospedaliero-universitarie, gli incarichi sono conferiti dal direttore generale secondo le modalità di cui all'articolo 5 del d.lgs. 517/1999.

3. Il responsabile delle unità operative è denominato direttore.

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

5. Per la gestione coordinata delle strutture organizzative professionali relative alle funzioni operative di assistenza infermieristica e tecnico-sanitarie, il direttore generale nomina, tra i dirigenti di cui al comma 1, lettera b), su proposta del direttore sanitario, un direttore delle professioni infermieristiche e ostetriche e un direttore delle professioni tecnico-sanitarie della riabilitazione e della prevenzione.

Capo III - Articolazione organizzativa funzionale

## **Art. 63 - 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-distretto e della prevenzione;
  - 2) le aree funzionali di cui all'[articolo 68](#), comma 2, lettera b);
  - 3) il dipartimento della prevenzione, i suoi settori organizzativi e le relative aree funzionali di zona-distretto;
- b) per le aziende ospedaliero-universitarie: i dipartimenti del presidio ospedaliero.

4. Per le strutture funzionali di cui al comma 2, lettere a) e b), e al comma 3, lettera a), numero 2), 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 professionali assegnato direttamente per lo svolgimento delle proprie funzioni.

5. Il responsabile dell'unità funzionale è nominato dal direttore generale e svolge le seguenti funzioni:

- a) è responsabile del budget derivato dal budget della zona-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.

6. Le strutture organizzative funzionali di coordinamento tecnico professionale sono costituite dai dipartimenti, di cui all'articolo 70; per le aziende ospedaliero-universitarie, sono quelle definite dai relativi statuti aziendali diverse dai dipartimenti di cui al comma 3, lettera b); per le aziende unità sanitarie locali, la costituzione delle strutture dipartimentali tiene anche conto di quanto disposto all'[articolo 68](#), comma 2, lettera a).

## **Art. 64 - Zona-distretto**

1. Il territorio delle aziende unità sanitarie locali è suddiviso nelle zone-distretto indicate nell'[allegato A](#) alla presente legge, al fine di:

- a) valutare i bisogni sanitari e sociali della comunità e definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;
- b) assicurare l'integrazione operativa delle attività sanitarie e sociali svolte a livello territoriale dall'azienda sanitaria e dai comuni, nonché la loro interrelazione con le politiche locali di governo del territorio;
- c) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta, nonché dai servizi direttamente gestiti dalla azienda unità sanitaria locale;
- d) sviluppare iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;
- e) garantire l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;
- f) assicurare il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione.

2. Nelle aziende unità sanitarie locali il cui territorio è articolato in più zone-distretto, a ciascuna di esse è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale; l'incarico può essere conferito a:

- a) un dirigente dipendente dell'azienda con un'anzianità di servizio di almeno tre anni;
- b) soggetti in possesso di diploma di laurea che abbiano maturato esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa di organismi, aziende o enti pubblici o privati;
- c) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni.

3. Il rapporto di lavoro del responsabile della zona-distretto è disciplinato da contratto a tempo determinato stipulato ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto delegato. Il conferimento dell'incarico di responsabile di zona-distretto non concorre a determinare il numero massimo di incarichi che possono essere attribuiti ai sensi dello stesso articolo 15-septies.

4. Il responsabile di zona-distretto, sulla base e nei limiti della delega conferita dal direttore generale, provvede a:

- a) coordinare le attività amministrative svolte nella zona-distretto, 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 58](#), comma 1;

b) garantire rapporti permanenti di informazione e collaborazione con l'articolazione zonale della conferenza dei sindaci;

c) gestire il budget assegnato alla zona-distretto e negoziare con i responsabili delle strutture organizzative della zona-distretto i budget di rispettiva competenza.

5. Il responsabile di zona-distretto è coadiuvato da un ufficio di coordinamento composto da:

a) 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 nella zona-distretto;

b) un farmacista convenzionato, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nella zona-distretto;

c) un rappresentante delle associazioni di volontariato operanti nella zona-distretto;

d) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica ed un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal direttore generale, su proposta del responsabile di zona-distretto, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;

e) i coordinatori delle attività di cui all'[articolo 66](#), comma 4.

6. Tra i componenti dell'ufficio di coordinamento di cui al comma 5 il direttore generale, su proposta del responsabile di zona-distretto, individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociale che coadiuvano il responsabile di zona-distretto nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

7. Il responsabile di zona-distretto partecipa alla direzione aziendale formulando in quella sede proposte programmatiche generali in merito allo sviluppo dei servizi territoriali di propria competenza ed all'integrazione socio-sanitaria.

8. Nelle aziende unità sanitarie locali monozonali le funzioni di cui al comma 4, lettere a), b) e c) sono assicurate dalla direzione aziendale.

## **Art. 65 - Modelli sperimentali per la gestione dei servizi sanitari territoriali - Società della salute**

1. Al fine di promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto e l'integrazione dei servizi sanitari e sociali, fermi restando il rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e il libero accesso alle cure, gli enti locali e le aziende unità sanitarie locali, sulla base degli indirizzi regionali, possono costituire appositi organismi consortili, denominati Società della salute.

2. Le Società della salute assicurano, anche in deroga alle disposizioni della presente legge, la partecipazione degli enti locali al governo, alla programmazione e, eventualmente, alla gestione dei servizi.

3. Le Società della salute promuovono il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nella individuazione dei bisogni di salute della popolazione e nel processo di programmazione, organizzano le funzioni di direzione della zona-distretto e dei settori interessati degli enti locali, evitando duplicazioni con gli enti associati; l'organo di governo delle Società della salute assume le funzioni e le competenze attribuite dalla presente legge alle articolazioni zonali della conferenza dei sindaci.

4. Le aziende unità sanitarie locali, sulla base degli indirizzi regionali, attivano forme innovative di organizzazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto che prevedano, nell'ambito dell'assistenza sanitaria di comunità, l'attivazione di unità di cure primarie; tali modelli sperimentali, finalizzati alla qualificazione ed ottimizzazione dei percorsi assistenziali, possono essere attuati anche attraverso gli accordi convenzionali di cui all'articolo 8, comma 1 del decreto delegato.

5. I modelli sperimentali di cui al presente articolo per la gestione dei servizi sanitari territoriali sono sottoposti alla verifica, prevista dagli indirizzi di cui al comma 1, in merito al raggiungimento degli obiettivi relativi all'efficacia ed all'efficienza del modello, dopo due anni dall'avvio della sperimentazione.

## **Art. 66 - L'organizzazione della zona-distretto**

1. L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di zona-distretto avviene attraverso le unità funzionali, che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno.

2. Lo statuto aziendale disciplina le procedure ed i criteri per la costituzione delle unità funzionali; le unità funzionali attivano il percorso assistenziale negli ambiti di propria competenza ed assicurano la continuità fra le diverse fasi del percorso e l'integrazione con le altre strutture organizzative coinvolte.

3. Il responsabile dell'unità funzionale svolge le seguenti funzioni:

- a) negozia il budget con il responsabile di zona-distretto ed è responsabile dello stesso;
- b) è responsabile della programmazione operativa della struttura organizzativa di propria competenza;
- c) dirige il personale delle strutture organizzative professionali assegnato direttamente all'unità funzionale per lo svolgimento delle proprie funzioni.

4. In ogni zona-distretto è assicurato il coordinamento delle unità funzionali che operano nei seguenti settori di attività:

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

## **Art. 67 - Dipartimento della prevenzione**

1. In ciascuna azienda unità sanitaria locale il dipartimento della prevenzione è la struttura preposta alla tutela della salute collettiva; il dipartimento, mediante azioni volte ad individuare e rimuovere i rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, persegue obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e miglioramento della qualità della vita, nonché di tutela medico legale dei portatori di menomazioni.

2. Ciascuna azienda unità sanitaria locale definisce con atto regolamentare l'articolazione organizzativa funzionale del dipartimento in settori, aree funzionali di zona ed unità funzionali; i settori sono strutture organizzative funzionali del dipartimento della prevenzione di dimensione aziendale che aggregano le unità funzionali del dipartimento; a ciascuno dei settori è preposto un responsabile nominato dal direttore generale, su proposta del direttore sanitario, sentito il direttore del dipartimento; al responsabile è attribuita la responsabilità di una unità funzionale.

3. Il dipartimento della prevenzione si articola nelle seguenti attività:

- a) igiene pubblica, alimenti e nutrizione;
- b) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- c) sanità pubblica veterinaria;
- d) medicina legale e dello sport;

ogni azienda unità sanitaria locale può costituire i settori sulla base delle attività di cui alle lettere a),b),c) e d).

4. Le unità funzionali sono strutture organizzative funzionali a carattere multiprofessionale che aggregano le funzioni operative della prevenzione individuate, ai sensi dell'[articolo 58](#), dal piano sanitario regionale; a ciascuna delle unità funzionali è preposto un responsabile nominato dal direttore generale su proposta del responsabile del dipartimento, sentito il responsabile del settore di competenza ove costituito; il responsabile di unità funzionale dirige il personale assegnato, propone il programma di lavoro della struttura e ne garantisce l'espletamento, è responsabile dell'utilizzo finale delle risorse.

5. In ciascuna zona-distretto è attivata l'area funzionale della prevenzione che aggrega le unità funzionali zonali e le attività svolte in zona da quelle aziendali; il responsabile dell'area funzionale partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, garantisce la programmazione e la gestione coordinata delle attività intersettoriali attraverso l'utilizzo integrato delle risorse e degli spazi comuni; è nominato dal direttore generale su proposta del direttore del dipartimento tra i responsabili delle unità funzionali zonali, mantiene la responsabilità della propria unità funzionale.

6. Il direttore del dipartimento della prevenzione è nominato dal direttore generale su proposta del direttore sanitario; l'incarico può essere conferito in via esclusiva. Il direttore del dipartimento negozia con la direzione aziendale il budget complessivo del dipartimento della prevenzione e propone l'attribuzione del medesimo ai settori ove costituiti, coadiuva la direzione aziendale nella programmazione delle attività per quanto di propria competenza, svolgendo in particolare i seguenti compiti:

- a) 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;
- b) promuove la definizione dei programmi di formazione e di aggiornamento professionale degli operatori e quelli di comunicazione istituzionale;
- c) concorre per quanto di competenza alla definizione in sede aziendale dei programmi di educazione alla salute;
- d) individua strumenti specifici per il controllo di gestione e per la 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, in stretto raccordo con i settori costituiti, l'attuazione uniforme sul territorio aziendale degli indirizzi contenuti nella programmazione regionale;
- g) garantisce forme coordinate di raccordo con le strutture territoriali dell'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Toscana (ARPAT) e con le strutture territoriali dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale delle Regioni Lazio e Toscana.

7. Il responsabile di settore partecipa al comitato direttivo di cui al comma 8, coadiuvando, per quanto di propria competenza, il direttore di dipartimento nell'esercizio delle sue funzioni, assicura l'attuazione degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale per l'ambito di competenza, è responsabile dell'applicazione delle prescrizioni normative di livello regionale, nazionale e internazionale; assicura altresì l'omogeneità sul territorio aziendale dell'operatività delle unità funzionali di propria competenza, attraverso la predisposizione di appositi protocolli operativi e l'attribuzione dei budget alle unità funzionali.

8. Presso il centro direzionale è costituito un comitato direttivo del dipartimento che assiste la direzione aziendale nella funzione di pianificazione strategica; il comitato direttivo è presieduto dal direttore del dipartimento ed è costituito dai responsabili dei settori costituiti, dai responsabili delle aree funzionali di zona-distretto; nel caso di aziende unità sanitarie locali monozonali, il comitato direttivo è composto dai responsabili dei settori o, se non costituiti, dai responsabili delle unità funzionali; allo scopo di garantire il contributo delle varie professionalità presenti nel dipartimento il direttore generale, su proposta del direttore del dipartimento, individua ulteriori componenti del comitato direttivo di dipartimento.

9. 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 la competente direzione generale della Giunta regionale un comitato tecnico nominato *dal direttore generale della medesima direzione* (9) e presieduto dal responsabile della competente struttura della direzione generale regionale; al comitato tecnico partecipano i direttori dei dipartimenti della prevenzione delle aziende unità sanitarie locali ed i responsabili dei pertinenti settori della direzione generale regionale.

10. Il direttore generale, anche avvalendosi del comitato di dipartimento, promuove la partecipazione ed il confronto con le parti sociali sugli atti di programmazione e di valutazione dell'attività del dipartimento, con particolare riferimento alla prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro.

## **Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona**

1. Gli ospedali presenti nello stesso ambito zonale sono accorpati 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 dei servizi territoriali di zona-distretto ad esclusione del servizio psichiatrico di diagnosi e cura; il responsabile della zona-distretto garantisce l'integrazione delle attività specialistiche ambulatoriali erogate nel presidio ospedaliero con le altre attività di assistenza sanitaria territoriale presenti nella zona.

2. Entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge e sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale, le aziende unità sanitarie locali procedono, anche attraverso l'adeguamento dello statuto aziendale, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi:

- a) mantenimento a livello aziendale dell'organizzazione funzionale secondo settori specialistici omogenei, garantendo alla direzione aziendale i necessari livelli di coordinamento dipartimentale e di assistenza;
- b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;
- c) individuazione per ciascuna area ospedaliera di cui alla lettera b) di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero;
- d) predisposizione ed attivazione di protocolli assistenziali e di cura che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica del medico curante e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;
- e) previsione di un direttore e di apposita struttura di direzione del presidio ospedaliero di zona e delle connesse funzioni direzionali e di coordinamento operativo, denominata budget;
- f) previsione a livello aziendale di un comitato direttivo dei presidi ospedalieri, a supporto della direzione sanitaria e delle connesse funzioni di pianificazione strategica e di controllo direzionale.

3. Per ciascun presidio ospedaliero di zona, il direttore generale nomina, su proposta del direttore sanitario un dirigente medico in possesso dei requisiti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 dicembre 1997, n. 484 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale).

4. Il direttore del presidio ospedaliero di zona, opera per il raggiungimento degli obiettivi aziendali di funzionamento della rete ospedaliera e 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 ospedaliere, 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 ospedaliero;
- e) direzione delle strutture organizzative non attribuite alle aree funzionali.

5. Per l'esercizio delle proprie funzioni, il direttore del presidio ospedaliero di zona 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.

6. La riorganizzazione dell'attività ospedaliera di cui al comma 2 può prevedere, in coerenza con gli atti costitutivi e sulla base degli atti di programmazione locali, l'aggregazione in rete dei presidi ospedalieri di zona, attraverso l'unificazione delle responsabilità e delle strutture direzionali di cui al comma 2, lettera e) e la costituzione di apposita struttura ospedaliera multizonale o aziendale, ferma restando l'erogazione delle prestazioni di base in ambito zonale.

## **Art. 69 - Dipartimenti delle aziende ospedaliero-universitarie**

1. Ogni azienda ospedaliero-universitaria definisce con lo statuto aziendale l'organizzazione dipartimentale di cui all'articolo 3 del d.lgs. 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 dell'articolo 5 del d.lgs. 517/1999.

3. I direttori dei dipartimenti partecipano nelle forme e con le modalità stabilite dallo statuto dell'azienda ospedaliero-universitaria ai processi decisionali della direzione aziendale ed hanno competenza in merito a:

- 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. Le strutture organizzative professionali non attribuite ai dipartimenti sono poste in diretto riferimento al direttore sanitario.

## **Art. 70 - Dipartimenti aziendali ed interaziendali**

1. Le aziende sanitarie, al fine di assicurare l'ottimizzazione delle risorse e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per garantire l'omogeneità delle procedure operative e l'integrazione tra le prestazioni erogate in regimi diversi, costituiscono appositi dipartimenti di coordinamento tecnico sia a livello aziendale che interaziendale; nel caso di dipartimento aziendale, allo stesso è preposto un coordinatore nominato dal direttore generale; il coordinatore, che si può avvalere di un comitato di dipartimento secondo la disciplina contenuta nello statuto aziendale, partecipa ai processi decisionali della direzione aziendale nelle forme e con le modalità stabilite dal medesimo statuto.

2. Nel caso di dipartimenti interaziendali, le modalità di costituzione, coordinamento e funzionamento sono definite dal comitato di area vasta sulla base di indirizzi della Giunta regionale, che tengano conto delle esigenze di una equilibrata presenza delle strutture del territorio e dei dipartimenti aziendali.
3. I direttori generali individuano le strutture organizzative impegnate nelle attività dei dipartimenti di cui al presente articolo.
4. Gli strumenti della programmazione regionale individuano i dipartimenti da costituire obbligatoriamente.

## **Art. 71 - Dipartimento dell'emergenza urgenza**

1. In ogni azienda unità sanitaria locale è costituito il dipartimento dell'emergenza urgenza.
2. Il dipartimento di cui al comma 1, per il raggiungimento delle proprie finalità, organizza le funzioni, le attività ed i presidi presenti sul territorio dell'azienda, anche sulla base di quanto disposto dagli atti di programmazione sanitaria regionale.
3. Al dipartimento emergenza urgenza è preposto un comitato direttivo, costituito dai responsabili delle aree funzionali ospedaliere delle terapie intensive, dai direttori delle unità operative di medicina e chirurgia d'accettazione e d'emergenza, 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 emergenza urgenza è nominato, tra i membri del comitato direttivo, dal direttore generale su proposta del direttore sanitario.
5. Le attività del dipartimento emergenza urgenza sono disciplinate con apposito regolamento adottato dal direttore generale.
6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio insiste una azienda ospedaliera-universitaria, le aziende individuano le modalità di coordinamento delle attività di emergenza e urgenza per le funzioni di base.
7. Il presidio ospedaliero della azienda ospedaliero-universitaria costituisce il riferimento di area vasta per le attività di emergenza urgenza ad essa attribuite, secondo modalità stabilite dagli strumenti di programmazione di area vasta.
8. Nelle aziende sanitarie è attivata apposita struttura organizzativa professionale, corrispondente alla funzione operativa denominata medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza, dedicata in forma stabile alle attività del pronto soccorso ospedaliero.

## **Titolo VI**

### **PRESIDI E PRESTAZIONI**

#### **Capo I - Presidi**

### **Art. 72 - Presidi**

1. Sono presidi del servizio sanitario regionale quelli delle aziende sanitarie e quelli delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, con le quali le aziende sanitarie intrattengono gli specifici rapporti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto delegato.
2. I requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi nonché i criteri e le procedure di accreditamento dei presidi di cui al comma 1, sanitari e socio-sanitari ad elevata integrazione socio-sanitaria, sono disciplinati dalla [legge regionale 23 febbraio 1999, n. 8](#) (Norme in materia di

requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie: autorizzazione e procedura di accreditamento), come modificata dalla [legge regionale 8 luglio 2003, n. 34](#).

3. 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 attività di assistenza sociale di cui all'[articolo 32](#), comma 2, lettera c).

### **Art. 73 - 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 sanitaria; 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 direttore di cui all'[articolo 68](#), comma 3; ove il presidio ospedaliero si articola 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.

Capo II - Prestazioni

### **Art. 74 - Prestazioni**

1. Le prestazioni del servizio sanitario sono erogate, di norma, nei presidi di cui all'[articolo 72](#); 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.

2. L'azienda unità sanitaria locale assicura agli assistiti l'erogazione delle prestazioni previste dai livelli di assistenza del piano sanitario regionale; per tali prestazioni l'azienda unità sanitaria locale si fa carico degli oneri relativi, al netto delle quote di partecipazione alla spesa sanitaria, determinate dalla normativa nazionale e regionale.

3. 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.

4. 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 soggetti privati, sulla base delle disposizioni delle normative regionali e statali vigenti.

5. La Regione, 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, può prevedere:

a) la maggiorazione delle vigenti quote di partecipazione degli assistiti 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. 75 - 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'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.

### **Art. 76 - Erogazione delle prestazioni da parte delle strutture private**

1. Gli strumenti regionali della programmazione sanitaria determinano, sentite le organizzazioni rappresentative di riferimento, i criteri sulla base dei quali le aziende unità sanitarie locali individuano le istituzioni sanitarie private che esercitano ruoli di integrazione delle strutture pubbliche al fine di concorrere all'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;
- d) dei vincoli di carattere economico.

2. L'azienda unità sanitaria locale, tenuto conto dei criteri di cui al comma 1, procede alla definizione degli appositi rapporti di cui all'articolo 8 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, lettera 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 degli assistiti, 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 gli assistiti dell'esistenza dei rapporti di cui al comma 2, indicando in apposito elenco le prestazioni fruibili in forma diretta.

6. Per l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da parte delle strutture private si applica la disciplina di cui alla [legge regionale 22 gennaio 1997, n. 5](#) (Assistenza ospedaliera in forma indiretta presso centri privati italiani di altissima specializzazione non accreditati), che regola l'accesso in forma indiretta alle prestazioni specialistiche erogate in regime di ricovero ospedaliero; le predette prestazioni specialistiche ambulatoriali sono individuate sulla base delle disposizioni degli strumenti della programmazione sanitaria regionale.

Capo III - Prestazioni di assistenza farmaceutica



## **Art. 77 - Erogazione dell'assistenza farmaceutica**

1. L'assistenza farmaceutica territoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale è erogata attraverso le farmacie, pubbliche e private, convenzionate con il servizio sanitario regionale, secondo le disposizioni di cui all'articolo 28 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale) ed è subordinata alla prescrizione dei medicinali sui modulari del servizio sanitario nazionale.

2. Ai sensi dell'articolo 8 del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347 (Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria), convertito con modificazioni dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, l'assistenza farmaceutica è altresì erogata:

- a) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali, anche tramite le farmacie convenzionate attraverso la stipula di specifici accordi, per quei farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente;
- b) direttamente dalle aziende unità sanitarie locali per i medicinali necessari al trattamento di assistiti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; alla predetta erogazione le aziende unità sanitarie locali possono procedere anche attraverso le farmacie convenzionate, previa stipula di specifici accordi;
- c) direttamente dalle aziende sanitarie, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero o alla visita specialistica ambulatoriale.

3. Le forme e le modalità di accesso all'assistenza farmaceutica di cui al comma 2 sono disciplinate dalla Giunta regionale garantendo, comunque, che le aziende sanitarie provvedano alla erogazione del servizio assicurando un accesso adeguato alle esigenze della popolazione in termini di orario, consulenza professionale e farmacovigilanza.

4. La Giunta regionale definisce, previa concertazione con le organizzazioni sindacali dei titolari di farmacia, le modalità per il monitoraggio degli accordi di cui al comma 2.

5. Fatto salvo quanto previsto all'articolo 7 del d.l. 347/2001, convertito con modificazioni dalla l. 405/2001, le farmacie, pubbliche e private, convenzionate col servizio sanitario regionale, nell'erogare i farmaci agli assistiti con oneri a carico del medesimo servizio sanitario regionale, sono tenute, nel caso in cui il medico abbia prescritto il medicinale indicandone il nome commerciale oppure quando ne abbia indicato la denominazione comune italiana, il relativo dosaggio, forma farmaceutica, modalità di rilascio e numero di unità posologiche, alla consegna all'assistito del medicinale corrispondente nel rispetto di specifici accordi quadro regionali stipulati sentiti gli ordini professionali e le organizzazioni sindacali dei medici e dei farmacisti.

## **Art. 78 - Programmazione nella erogazione dell'assistenza farmaceutica**

1. La Giunta regionale approva, previa comunicazione alla commissione consiliare competente ed entro il 30 settembre di ogni anno, le direttive alle aziende sanitarie per la programmazione dell'assistenza farmaceutica territoriale, con le quali sono determinati per l'anno successivo:

- a) il tetto programmato di spesa di livello regionale, come percentuale della spesa sanitaria complessiva;
- b) i livelli di erogazione di ambito regionale e gli indirizzi per l'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica territoriale da parte delle aziende sanitarie locali;
- c) gli specifici tetti di spesa per azienda unità sanitaria locale;
- d) i livelli programmati di spesa delle aziende ospedaliero-universitarie ed i parametri della loro partecipazione all'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica territoriale, di cui all'[articolo 77](#), comma 2, lettera c);

e) i criteri per il monitoraggio continuo della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale;  
f) le misure di controllo e di contenimento della spesa introdotte per l'esercizio.

2. Qualora il monitoraggio evidenzii elementi di criticità nel conseguimento degli obiettivi programmati, la Giunta regionale adotta, previa comunicazione alla commissione consiliare competente, ogni opportuna misura di contenimento della spesa, anche modificando le direttive di cui al comma 1.

3. L'adozione delle direttive di cui al comma 1 è preceduta da un confronto con le organizzazioni sindacali dei titolari di farmacia.

## **Art. 79 - Controlli nella erogazione dell'assistenza farmaceutica**

1. Le aziende unità sanitarie locali, entro quarantacinque giorni dalla data di presentazione delle ricette da parte delle farmacie convenzionate, provvedono a:

a) rilevare tutte le informazioni contenute nel ricettario di cui al decreto ministeriale 11 luglio 1988, n. 350 (Disciplina dell'impiego nel servizio sanitario nazionale del ricettario standardizzato a lettura automatica) ai fini dell'attivazione nel territorio regionale del monitoraggio delle prescrizioni in attuazione dell'articolo 50 del decreto legge 30 settembre 2003, n. 269 (Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici), convertito in legge con modificazioni dalla legge 24 novembre 2003, n. 326;

b) predisporre ed inviare al medico convenzionato, singolo o associato, e al medico dipendente un documento informativo relativo ai dati di cui alla lettera a), predisposto sulla base degli indirizzi emanati dalla Giunta regionale in accordo con le organizzazioni sindacali mediche.

2. Presso ogni azienda sanitaria è istituita apposita commissione, nominata dal direttore generale, con il compito di valutare l'appropriata prescrizione dei farmaci da parte dei medici dipendenti e convenzionati sulla base di specifici indirizzi emanati dalla Giunta regionale in accordo con le organizzazioni sindacali mediche e la federazione regionale degli ordini dei medici.

3. La composizione della commissione è determinata dalla Giunta regionale e ne fa parte il presidente dell'ordine provinciale dei medici.

## **Art. 80 - Sicurezza nella erogazione dell'assistenza farmaceutica**

1. Al fine di contribuire al miglioramento della sicurezza nell'uso dei medicinali, le aziende sanitarie:

a) partecipano alla realizzazione dei progetti di livello nazionale e regionale per la raccolta, il monitoraggio e la valutazione delle segnalazioni di reazioni avverse da farmaci e da dispositivi medici;

b) mettono in atto azioni di sensibilizzazione dei sanitari, dipendenti e convenzionati, sull'importanza delle segnalazioni delle reazioni avverse da farmaci, al fine di incrementarne il numero e la qualità;

c) attivano e assecondano ogni iniziativa di promozione e sviluppo della farmaco-vigilanza e della farmaco-epidemiologia; a tal fine favoriscono la fruizione degli strumenti informativi necessari per una prescrizione appropriata e sicura, da parte dei medici dipendenti e convenzionati;

d) realizzano programmi di informazione e formazione sulla farmaco-vigilanza, sulla sicurezza, sulle reazioni avverse, sulle interazioni tra farmaci e tra farmaci e alimenti, anche in collaborazione con le farmacie convenzionate.

## **Art. 81 - Commissione terapeutica regionale**

1. Allo scopo di garantire lo sviluppo ed il raggiungimento di elevati livelli di sicurezza, appropriatezza e di economicità nell'impiego dei medicinali e dei dispositivi medici nel sistema sanitario toscano, è istituita presso la Giunta regionale nell'ambito delle attività di governo clinico la commissione terapeutica regionale.

2. La commissione terapeutica regionale, presieduta dall'assessore regionale competente o suo delegato, è composta da:

- a) il direttore generale della direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà o suo delegato;
- b) il vice presidente del Consiglio sanitario regionale;
- c) sedici membri con competenza scientifica nel campo delle scienze mediche, biologiche e farmaceutiche.

3. I componenti della commissione di cui al comma 2, lettera c), sono nominati dal direttore generale della direzione del diritto alla salute e delle politiche di solidarietà su proposta del Consiglio sanitario regionale.

4. I componenti della commissione terapeutica regionale restano in carica tre anni e possono essere confermati una sola volta.

5. La commissione terapeutica regionale formula proposte e pareri in merito alle seguenti materie:

- a) la formazione e l'informazione sull'uso dei farmaci rivolta ai sanitari, nonché l'educazione sull'uso dei medicinali rivolta agli assistiti;
- b) la farmacovigilanza e la farmaco-epidemiologia;
- c) la determinazione di aspetti inerenti i livelli di assistenza farmaceutica e sull'utilizzazione di farmaci e dispositivi medici;
- d) il coordinamento e l'indirizzo delle commissioni terapeutiche, aziendali e di area vasta;
- e) la rilevazione e il monitoraggio dei dati sull'uso dei farmaci;
- f) l'analisi delle sperimentazioni cliniche;
- g) lo studio e lo sviluppo di nuovi sistemi di distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici;
- h) lo studio e l'analisi scientifica dei fitofarmaci, dei farmaci omeopatici, dei farmaci per uso compassionevole e degli alimenti dietetici.

*5. bis La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina la corresponsione delle indennità e dei rimborsi delle spese spettanti ai componenti della commissione, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione; l'importo delle indennità è determinato tenendo conto della funzione dell'organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità. [\(10\)](#)*

## **Titolo VII**

ORGANISMI DI CONSULENZA, DI STUDIO E DI SUPPORTO TECNICO  
AMMINISTRATIVO

Capo I - Agenzia regionale di sanità

## **Art. 82 - Agenzia regionale di sanità**

1. La Giunta regionale, entro duecentoquaranta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, presenta al Consiglio regionale una proposta di legge di revisione dell'Agenzia regionale di sanità (ARS), disciplinata dagli articoli 68 e seguenti del capo I del titolo VII della [legge regionale 8 marzo 2000, n. 22](#) (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale).

2. Nella fase transitoria di cui al comma 1, l'ARS svolge compiti di studio e ricerca limitatamente alle seguenti materie:

- a) valutazione epidemiologica;
  - b) accertamento e verifica della qualità clinica ed assistenziale delle prestazioni e dei servizi erogati dal servizio sanitario regionale;
- attività diverse da quelle di cui alle lettere a) e b), presenti alla data di entrata in vigore della presente legge, sono portate a naturale conclusione.

3. Nella fase transitoria di cui al comma 1, ulteriori incarichi non attinenti alle materie di cui al comma 2, lettere a) e b), possono essere attribuiti dalla Giunta regionale o dal Consiglio regionale. Le aziende sanitarie e gli altri soggetti pubblici del sistema sanitario regionale possono avvalersi dell'ARS nell'ambito delle competenze definite al comma 2, previa concertazione con la competente direzione generale della Giunta regionale.

4. Per quanto non disciplinato dal presente articolo, sono fatte salve le disposizioni degli articoli 68 e seguenti del capo I del titolo VII, della [l.r. 22/2000](#).

Capo II - Consiglio sanitario regionale

### **Art. 83 - Consiglio sanitario regionale**

1. Il Consiglio sanitario regionale, già istituito, è organismo tecnico consultivo della Giunta regionale e del Consiglio regionale.
2. Il Consiglio sanitario regionale ha sede presso il centro direzionale della Giunta regionale.

### **Art. 84 - Funzioni**

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

### **Art. 85 - Organi**

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

### **Art. 86 - Presidente**

1. Il Consiglio sanitario regionale è presieduto dall'assessore regionale competente con il compito di:
  - a) convocare e presiedere l'assemblea del Consiglio sanitario regionale;
  - 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 Consiglio sanitario regionale;
  - e) presentare annualmente al Consiglio regionale e alla Giunta regionale la relazione sull'attività del Consiglio sanitario regionale;
  - f) proporre al Consiglio sanitario regionale il regolamento interno.

## **Art. 87 - Vice presidente**

1. Il vice presidente del Consiglio sanitario regionale 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 86](#).

## **Art. 88 - Ufficio di presidenza. Composizione e funzioni**

1. L'ufficio di presidenza è composto:
  - a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale;
  - b) dal vice presidente del Consiglio sanitario regionale;
  - c) da otto membri eletti al proprio interno dall'assemblea;
  - d) dal direttore generale della competente direzione generale della Regione.
2. L'ufficio di presidenza ha il compito di:
  - a) proporre all'assemblea il programma di attività annuale e pluriennale del Consiglio sanitario regionale;
  - 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 l'ARS, il coordinamento delle rispettive attività.

## **Art. 89 - Assemblea. Composizione**

1. L'assemblea del Consiglio sanitario regionale è composta:
  - a) dal presidente del Consiglio sanitario regionale 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 strutture funzionali ospedaliere, alle unità funzionali territoriali e al dipartimento della prevenzione, tenendo conto delle varie realtà territoriali;
  - d) da quindici rappresentanti designati da ciascuno dei seguenti organismi professionali:
    - 1) uno dall'ordine regionale dei veterinari;
    - 2) uno dal coordinamento regionale degli ordini dei farmacisti;
    - 3) uno dall'ordine regionale degli psicologi;
    - 4) uno dalle commissioni provinciali odontoiatri della Toscana;
    - 5) uno dalla federazione nazionale dei biologi;
    - 6) uno dalla federazione regionale dei chimici;
    - 7) tre dal coordinamento regionale collegi infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia (IPASVI), di cui un assistente sanitario;
    - 8) uno dal coordinamento regionale collegi ostetriche;
    - 9) uno dal coordinamento regionale collegi tecnici di radiologia;
    - 10) quattro scelti tra i dirigenti dalle rispettive organizzazioni professionali di cui, un tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, un tecnico sanitario di laboratorio bio-medico, un fisioterapista, un dietista;

e) tre direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliero-universitarie;

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

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

*g) bis un esperto delle medicine complementari designato dalla direzione generale "diritto alla salute e politiche di solidarietà", sentiti i centri di riferimento regionali. (11)*

2. Il presidente del Consiglio sanitario regionale 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. *Abrogato. (12)*

5. I membri di cui al comma 1, lettera e) sono designati dai direttori generali rispettivamente delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliero-universitarie.

6. I membri del Consiglio sanitario regionale 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, lettere c), d), e), f) sono trasmesse alla Giunta medesima entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale. (13)

7. La Giunta regionale 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 Consiglio sanitario regionale.

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. 90 - 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, trasmessi dall'ufficio di presidenza di cui all'[articolo 88](#);

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 degli otto membri dell'ufficio di presidenza scelti al proprio interno di cui almeno uno tra i componenti di cui all'[articolo 89](#), 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 ed 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 92](#).

2. Per lo svolgimento dei propri compiti il Consiglio sanitario regionale 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 direttore generale della direzione competente della Giunta regionale, il quale, a richiesta del presidente, può invitare i funzionari della Regione e delle aziende sanitarie 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 Consiglio sanitario regionale, anche su richiesta dell'ufficio di presidenza.

## **Art. 91 - Regolamento**

1. Il regolamento del Consiglio sanitario regionale 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 Consiglio sanitario regionale e le articolazioni di funzioni di cui all'[articolo 92](#).

## **Art. 92 - Articolazioni di funzioni**

1. Il Consiglio sanitario regionale 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.

## **Art. 93 - Struttura**

1. Per lo svolgimento delle proprie funzioni, il Consiglio sanitario regionale si avvale di una apposita struttura tecnica cui è preposto un dirigente responsabile, coadiuvato da funzionari e personale amministrativo della competente direzione generale della Giunta regionale.

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

## **Art. 94 - Indennità e rimborso spese**

1. Ai membri dell'ufficio di presidenza, individuati all'[articolo 88](#), 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 Consiglio sanitario regionale, 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.

Capo III - Commissione regionale di bioetica

### **Art. 95 - Commissione regionale di bioetica**

1. La commissione regionale di bioetica è un organismo tecnico-scientifico multidisciplinare, che elabora proposte ed esprime, a richiesta, pareri per la Giunta regionale ed il Consiglio regionale.

2. Si considerano pertinenti alla bioetica le tematiche di carattere deontologico, giuridico, etico inerenti alle attività sanitarie e di ricerca biomedica applicata alla persona umana poste in rapporto:

- a) alla tutela della dignità e della qualità della vita nel rispetto della libertà della persona;
- b) alla tutela del diritto alla salute;
- c) al trattamento delle sofferenze anche nella fase terminale della vita;
- d) ai principi organizzativi del servizio sanitario ed alla distribuzione delle risorse;
- e) al progresso delle scienze biomediche.

### **Art. 96 - Funzioni della commissione regionale di bioetica**

1. In particolare, la commissione regionale di bioetica:

- a) evidenzia la dimensione bioetica inerente alla pratica sanitaria, alla ricerca biomedica ed all'impatto socio-ambientale di quest'ultima;
- b) elabora strategie di intervento per la diffusione delle tematiche bioetiche fra gli operatori del servizio sanitario e fra gli assistiti, collaborando con la direzione generale competente della Giunta regionale, alla definizione di programmi annuali di formazione permanente e di educazione alla salute;
- c) esprime su richiesta degli organi regionali pareri su singoli provvedimenti legislativi o amministrativi;
- d) presta consulenza a favore di altri soggetti pubblici e privati sempre nel rispetto della finalità della commissione di favorire la diffusione delle tematiche bioetiche nell'ambito della società civile, con le modalità stabilite dalla Giunta regionale;
- e) ricerca e promuove rapporti con il comitato nazionale per la bioetica istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri;
- f) indirizza e promuove il coordinamento dell'azione dei comitati etici locali di cui all'articolo 99 nonché, per quanto attiene alla ricerca biomedica, di quanto specificamente disposto all'articolo 12-bis, comma 9, del decreto delegato;
- g) elabora proposte per la formazione dei componenti dei comitati etici locali;
- h) provvede alla tenuta, secondo le disposizioni impartite nel merito dalla Giunta regionale, del registro regionale dei comitati etici di cui all'articolo 12-bis, comma 9 del decreto delegato; l'elenco dei comitati etici e dei relativi componenti è pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana e sul sito web della Regione Toscana.

2. Il Consiglio sanitario regionale e l'ARS, ove nelle materie trattate ravvisino aspetti o problemi di natura bioetica, si avvalgono della consulenza della commissione regionale di bioetica secondo la procedura prevista dalla presente legge.

3. Possono avvalersi della commissione regionale di bioetica gli ordini ed i collegi professionali operanti nel servizio sanitario regionale; a tal fine la Giunta regionale, sentiti gli organismi interessati, determina le modalità per realizzare tale collaborazione.



4. E' data facoltà alle aziende sanitarie toscane, tramite i direttori generali, di interpellare direttamente la commissione regionale di bioetica in ordine ad aspetti di natura bioetica inerenti le loro competenze.

5. La commissione regionale di bioetica, nelle tematiche di competenza, garantisce un servizio di documentazione a livello regionale, nonché svolge autonomamente programmi di studio e di ricerca e favorisce o intraprende iniziative di pubblico dibattito.

## **Art. 97 - Composizione della commissione regionale di bioetica**

1. La commissione regionale di bioetica è nominata dal Consiglio regionale ed è composta da:

- a) due consiglieri regionali eletti dal Consiglio regionale;
- b) otto esperti in discipline non sanitarie attinenti ai temi della bioetica, di cui quattro designati dal Presidente della Giunta regionale; [\(26\)](#)
- c) dieci medici in rappresentanza delle discipline mediche maggiormente coinvolte nelle questioni bioetiche;
- d) un rappresentante esperto in bioetica per ciascuna delle categorie professionali interessate, tra cui un farmacologo, un biologo, uno psicologo, un ostetrico, un infermiere, un farmacista del servizio sanitario regionale;
- e) il difensore civico nella Regione Toscana, o un funzionario del suo ufficio dallo stesso delegato;
- f) il presidente della federazione regionale degli ordini dei medici;
- g) un rappresentante delle associazioni di volontariato;
- h) un rappresentante delle associazioni di tutela;
- h bis) un rappresentante esperto nelle discipline del benessere e bio-naturali. [\(27\)](#)

2. I componenti di cui al comma 1, lettera c) sono designati dalla federazione regionale degli ordini dei medici; i componenti di cui al comma 1, lettera d) sono designati dai rispettivi ordini e collegi professionali; i componenti di cui al comma 1, lettere g), h) e h bis), sono designati dalle rispettive associazioni o comitati. [\(26\)](#)

3. Le designazioni dei componenti di cui al comma 2 sono trasmesse dalla Giunta regionale al Consiglio regionale insieme alla designazione dei quattro esperti di cui al comma 1, lettera b).

4. La commissione regionale di bioetica può essere temporaneamente integrata con ulteriori esperti di settore per l'esame di particolari tematiche disciplinari e altresì con rappresentanti delle confessioni religiose, da queste designati, per l'esame dei problemi con implicazioni di carattere religioso.

5. I membri che integrano la commissione regionale di bioetica non hanno diritto di voto.

5 bis. La commissione regionale di bioetica resta in carica per la durata della legislatura regionale. [\(28\)](#)

## **Art. 98 - Funzionamento della commissione regionale di bioetica e compensi per i componenti ed esperti**

1. La commissione regionale di bioetica nomina al suo interno il presidente, nella riunione di insediamento, a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

2. La commissione regionale di bioetica può costituire un ufficio di presidenza, composto dal presidente, dal vice presidente e da cinque membri eletti al proprio interno dall'assemblea; può inoltre costituire appositi gruppi di studio.

3. La Giunta regionale, con apposito regolamento, disciplina l'organizzazione ed il funzionamento della commissione regionale di bioetica compresa la partecipazione dei componenti ed esperti di

settore della commissione ad attività di rappresentanza. La Giunta regionale nomina con funzioni di segretario un dirigente regionale, il quale può delegare un funzionario addetto al suo ufficio; per lo svolgimento di funzioni connesse con l'operatività della commissione e per l'esecuzione delle decisioni assunte possono essere affidati appositi incarichi esterni.

4. A tutti i componenti della commissione regionale di bioetica, compresi gli eventuali esperti di settore ed i rappresentanti delle confessioni religiose formalmente incaricati, è *corrisposta una indennità di presenza* [\(14\)](#) oltre al rimborso delle spese sostenute, ad esclusione di quelli che risultano già beneficiari di altre indennità di carica, per ogni seduta degli organismi della commissione e dei gruppi di studio.

5. *La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina la corresponsione della indennità di presenza e dei rimborsi spese spettanti ai componenti della commissione, prevedendo un importo maggiore della indennità per i componenti dell'ufficio di presidenza; gli importi delle indennità sono determinati tenendo conto della funzione dell'organismo, della complessità degli atti che è chiamato ad assumere, dell'impegno richiesto ai componenti e delle conseguenti responsabilità.* [\(15\)](#)

## **Art. 99 - Comitati etici locali**

1. Per l'esame degli aspetti etici attinenti la programmazione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché per sviluppare e supportare 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 supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati etici locali.

*1. bis La Giunta regionale, con proprio provvedimento, disciplina la corresponsione della indennità di presenza e dei rimborsi spese spettanti ai componenti dei comitati etici locali; gli importi della indennità sono determinati tenuto conto dei criteri individuati dall'articolo 98, comma 5.* [\(16\)](#)

Capo IV - Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta

## **Art. 100 - Istituzione e natura giuridica**

1. Per l'esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie sono istituiti gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV):

- a) ESTAV dell'Area vasta nord-ovest;
- b) ESTAV dell'Area vasta centro;
- c) ESTAV dell'Area vasta sud-est.

2. Il bacino di riferimento di ciascun ente è quello costituito dalle aziende sanitarie ricomprese nella corrispondente area vasta ai sensi dell'[articolo 9](#), comma 2.

3. Gli ESTAV di cui al comma 1 sono enti del servizio sanitario regionale, dotati di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

4. In relazione alle competenze ed alle funzioni indicate all'articolo 101, la direzione generale competente della Giunta regionale assicura il coordinamento tra gli ESTAV al fine di garantire uniformità di comportamenti ed attua il monitoraggio delle attività.

## **Art. 101 - Competenze e attribuzioni**

1. Gli ESTAV sono competenti in materia di:

- a) approvvigionamento di beni e servizi;
- b) gestione dei magazzini e della logistica;
- c) gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP);
- d) gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- e) organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

2. La Giunta regionale, con propria deliberazione, può prevedere il conferimento agli ESTAV di ulteriori funzioni tecnico-amministrative delle aziende sanitarie, rispetto a quelle indicate al comma 1.

3. L'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettere c), d), e), g), e di cui al comma 2, ove riferito alle aziende ospedaliero-universitarie, è subordinato, all'approvazione di appositi accordi tra l'azienda ospedaliero-universitaria e l'università interessata.

4. Gli ESTAV fanno parte della rete telematica toscana ai sensi dell'[articolo 8, comma 2, della legge regionale 26 gennaio 2004, n. 1](#) (Promozione dell'amministrazione elettronica e della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale. Disciplina della Rete telematica regionale Toscana); essi concorrono, con gli strumenti e le modalità ivi previste, al raggiungimento degli obiettivi indicati nell'[articolo 10 della l.r. 1/2004](#) e contribuiscono, attraverso il coordinamento delle politiche e delle attività di sviluppo del settore, alla promozione della società dell'informazione e della conoscenza nel sistema regionale.

5. Gli ESTAV possono, previa stipula di apposite convenzioni, prestare i loro servizi anche a favore di altri soggetti.

## **Art. 102 - Organi**

1. Sono organi degli ESTAV:

- a) il direttore generale;
- b) il consiglio direttivo;
- c) il collegio sindacale.

## **Art. 103 - Direttore generale**

1. Al direttore generale sono riservati i poteri di gestione e la rappresentanza legale dell'ESTAV; in particolare:

- a) predispone i programmi di attività e gli atti di bilancio;
- b) adotta i provvedimenti in materia di personale e di utilizzo delle risorse finanziarie;
- c) adotta il regolamento generale di cui all'[articolo 107](#) e gli altri regolamenti previsti dalla legge e ne cura l'attuazione.

2. Il direttore generale esercita le proprie attribuzioni direttamente o attraverso la delega ai soggetti e con le modalità disciplinate dal regolamento generale di organizzazione; non possono essere delegati gli atti relativi alle nomine di cui agli [articoli 105](#) e [106](#), all'adozione del bilancio e dei programmi annuali e triennali, all'attribuzione delle responsabilità delle strutture organizzative dell'ESTAV.

3. Le modalità di nomina, i requisiti soggettivi, le cause di incompatibilità e quelle di decadenza del direttore generale degli ESTAV sono gli stessi previsti per i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali.

#### 4. *Abrogato* [\(17\)](#)

5. I direttori degli ESTAV, qualora dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio della regione stessa, sono collocati in aspettativa senza assegni, con diritto al mantenimento del posto.

### **Art. 104 - Consiglio direttivo**

1. Il consiglio direttivo è composto dai direttori generali delle aziende sanitarie incluse nella corrispondente area vasta.

2. *Sono compiti del consiglio direttivo:*

a) *approvare i programmi annuale e pluriennale di attività;*

b) *approvare la relazione annuale sull'attività svolta;*

c) *esprimere parere sugli atti di bilancio di cui all'articolo 108;*

d) *esprimere parere sui regolamenti di cui all'articolo 103, comma 1, lettera c).* [\(18\)](#)

3. Il consiglio direttivo provvede a nominare al proprio interno un presidente che convoca le riunioni del consiglio stesso e fissa, d'intesa con il direttore generale, l'ordine del giorno.

4. Alle sedute del consiglio direttivo partecipa il direttore generale dell'ESTAV senza diritto di voto.

5. Gli atti di cui al comma 2, lettere a), b) e c) sono trasmessi alla Giunta regionale.

### **Art. 105 - Collegio sindacale**

1. Il collegio sindacale è composto da tre membri iscritti nel registro dei revisori contabili, di cui due designati *dal Consiglio regionale* [\(19\)](#) ed uno dal consiglio direttivo.

2. Il collegio è nominato dal direttore generale dell'ESTAV, dura in carica tre anni ed i suoi componenti possono essere confermati una sola volta.

3. Entro dieci giorni dalla nomina, il direttore generale dell'ESTAV convoca i sindaci revisori; nella prima seduta il collegio sindacale procede alla elezione tra i propri componenti del presidente, che provvede alle successive convocazioni.

4. Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti; il membro del collegio sindacale che senza giustificato motivo non partecipa a due sedute consecutive è decaduto dall'ufficio.

5. Il collegio sindacale esercita funzioni di controllo e di verifica contabile con i poteri e secondo le modalità previste dall'[articolo 42](#) per i sindaci revisori delle aziende sanitarie.

6. Il trattamento economico dei membri del collegio sindacale è lo stesso previsto dall'[articolo 41](#), comma 6, per i sindaci revisori delle aziende sanitarie.

### **Art. 106 - Direttore amministrativo**

1. Nell'esercizio delle proprie funzioni il direttore generale dell'ESTAV si avvale della collaborazione di un direttore amministrativo, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3, comma 7, del decreto delegato; il direttore amministrativo è nominato dal direttore generale dell'ESTAV con provvedimento motivato; al direttore amministrativo si applicano le disposizioni di cui ai commi 7, 10, 11 e 12 dell'[articolo 40](#).

## **Art. 106 bis - Rapporto di lavoro del direttore generale e del direttore amministrativo [\(20\)](#)**

1. *Gli incarichi di direttore generale e di direttore amministrativo sono regolati da contratti di diritto privato, redatti secondo schemi tipo approvati, rispettivamente, dal Presidente della Giunta regionale e dalla Giunta regionale, con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile.*
2. Il trattamento economico del direttore generale e del direttore amministrativo non può superare quello previsto dalla normativa vigente per il direttore generale e per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.
3. Il servizio prestato in forza del contratto è utile ad ogni effetto ai fini dei trattamenti di quiescenza e di previdenza, nel rispetto della normativa vigente in materia previdenziale, nonché ai fini dell'anzianità di servizio.

## **Art. 107 - Organizzazione**

1. L'organizzazione ed il funzionamento degli ESTAV sono disciplinati da apposito regolamento generale; nel regolamento sono individuati:

- a) la sede legale dell'ente;
- b) la tipologia e le modalità di costituzione delle strutture organizzative;
- c) i soggetti destinatari delle deleghe e le modalità di conferimento delle stesse;
- d) le procedure per la sostituzione, in caso di assenza o impedimento, del direttore generale e del direttore amministrativo;
- e) le forme di pubblicità degli atti.

*1. bis Lo schema del regolamento generale e delle eventuali successive modifiche e integrazioni è trasmesso alla Giunta regionale al fine di acquisirne il parere. [\(21\)](#)*

*2. Qualora, per l'esercizio delle proprie funzioni, gli ESTAV abbiano necessità di costituire organismi tecnico-professionali o gruppi di lavoro con la presenza di personale sanitario, il relativo personale è messo a disposizione dalle aziende di riferimento secondo forme e modalità disciplinate da specifici accordi. [\(22\)](#)*

## **Art. 108 - Patrimonio, contabilità e contratti**

1. Fatto salvo quanto previsto dal presente articolo, la gestione del patrimonio, l'ordinamento contabile e l'attività contrattuale degli ESTAV sono disciplinati dal titolo VIII.
2. Il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio preventivo economico annuale sono adottati sulla base del programma pluriennale e del programma annuale di attività che esplicitano i contenuti funzionali dei servizi svolti e le loro prospettive di sviluppo nei periodi considerati; nell'elaborazione dei programmi di attività gli ESTAV si conformano agli indirizzi eventualmente impartiti dalla Giunta regionale.
3. Il direttore generale dell'ESTAV adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio economico preventivo annuale, corredati dai programmi di cui al comma 2, entro il 31 ottobre di ogni anno e li trasmette entro lo stesso termine alla Giunta regionale, unitamente alla relazione del collegio sindacale; la Giunta regionale provvede all'approvazione nei quaranta giorni successivi.
4. Il direttore generale dell'ESTAV adotta il bilancio di esercizio entro il 30 aprile di ogni anno e lo trasmette entro lo stesso termine alla Giunta regionale, che l'approva nei quaranta giorni successivi; al bilancio di esercizio è allegata una relazione consuntiva sull'attività svolta, nonché la relazione del collegio sindacale.

## **Art. 109 - Finanziamento**

1. Per l'esercizio delle funzioni attribuite gli ESTAV utilizzano:

- a) i finanziamenti assegnati dalla Regione a carico del fondo sanitario regionale, nella misura e con le modalità individuate dalla Giunta regionale tramite la deliberazione di cui all'[articolo 26](#), comma 2;
- b) gli eventuali corrispettivi per servizi e prestazioni rese a terzi ovvero alle aziende sanitarie per servizi diversi da quelli di cui all'[articolo 101](#).

## **Art. 110 - Personale**

1. Al personale dipendente degli ESTAV si applica il trattamento giuridico ed economico previsto per i dipendenti del servizio sanitario nazionale.

2. Il personale dell'ESTAV è assunto secondo la normativa vigente, previa verifica della disponibilità di personale presso le aziende sanitarie di riferimento ed espletamento delle procedure di mobilità del personale in servizio presso le aziende del servizio sanitario regionale.

# **Titolo VIII**

## **PATRIMONIO, CONTABILITA' E CONTRATTI**

### **Capo I - Patrimonio**

## **Art. 111 - Trasferimento dei beni**

1. Con decreti del Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione del Consiglio regionale, dalla Giunta regionale, 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 risultino 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 integrato sociale.

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 dell'azienda sanitaria.

## **Art. 112 - 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 dell'azienda sanitaria.

## **Art. 113 - Aziende sanitarie destinatarie dei trasferimenti**

1. Salvo quanto stabilito dal comma 2 e dall'[articolo 111](#), comma 11, i beni di proprietà dei comuni, di cui all'[articolo 111](#), sono trasferiti alla azienda unità sanitaria locale nel cui ambito territoriale di riferimento hanno sede.

2. Sono trasferiti alla rispettiva azienda ospedaliero-universitaria, 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 ospedaliero-universitaria quei beni da reddito che, già vincolati all'unità sanitaria locale di afferenza del medesimo presidio ospedaliero, provengono dall'originario ente ospedaliero da cui l'azienda trae origine.

### **Art. 114 - 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 prevedono l'alienazione di tali beni, quali risultino di proprietà dell'azienda al momento dell'adozione del piano, e, salvo il rispetto degli equilibri di bilancio, dispongono che i relativi proventi siano utilizzati 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. 115 - 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 bilancio pluriennale, individua i beni da alienare indicando il prezzo di stima 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.

10. Le aziende sanitarie possono comunque procedere all'alienazione dell'immobile a trattativa privata, al prezzo di stima, in favore di altro ente pubblico od in favore di organizzazioni di volontariato, che svolgono attività a carattere socio sanitario, iscritte nel registro regionale di cui alla legge 11 agosto 1991, n.266 (legge-quadro sul volontariato) ed alla [legge regionale 26 aprile 1993, n. 28](#) (Norme relative ai rapporti delle organizzazioni di volontariato con la Regione, gli Enti locali e gli altri Enti pubblici - Istituzione del registro regionale delle organizzazioni del volontariato), modificata dalla [legge regionale 15 aprile 1996, n. 29](#) e da ultimo modificata dalla [legge regionale 2 aprile 2002, n. 11](#), nei casi in cui la destinazione a fini pubblici dell'immobile stesso sia prevista negli atti di programmazione regionale, o sia oggetto di specifiche iniziative di programmazione negoziata. Gli immobili alienati alle organizzazioni di volontariato non sono suscettibili di ulteriore alienazione per un periodo di almeno trenta anni dalla data di acquisizione.

11. Le disposizioni del presente articolo non si applicano agli apporti e alle vendite di beni immobili e diritti reali su beni immobili a fondi immobiliari chiusi istituiti ai sensi della [legge regionale 20 gennaio 1999, n. 2](#) (Interventi della Regione in materia di fondi immobiliari chiusi).

## **Art. 116 - 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 dell'[articolo 124](#), comma 3;
- 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 tiene 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. 117 - 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 apposito regolamento adottato dal direttore generale, viene stabilita l'individuazione dei consegnatari responsabili, la configurazione di eventuali subconsegnatari 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. 118 - Beni di consumo e contabilità di magazzino**

1. Sono esclusi dalla inventariazione di cui all'articolo 116 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. 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. 119 - 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. 120 - Bilancio pluriennale di previsione**

1. Il bilancio pluriennale è adottato in conformità allo schema approvato dalla Giunta regionale sulla base delle indicazioni fornite dal piano sanitario regionale, recependone le priorità.

2. 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.

3. Il bilancio pluriennale è aggiornato per scorrimento ed adottato annualmente, assieme al bilancio preventivo economico annuale.

4. 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.

5. Contestualmente alla adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali predispongono un documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto che è approvato dalla conferenza dei sindaci e costituisce, per la parte relativa alle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, riferimento per gli strumenti di programmazione locale di cui agli [articoli 21](#) e [22](#).

### **Art. 121 - 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 sanitaria 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; le aziende unità sanitarie locali rendicontano le 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 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. 122 - Bilancio di esercizio**

1. Il bilancio di esercizio rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica dell'azienda sanitaria, 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 si conforma 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 provvedono 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 per cento 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 sanitaria.

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. 123 - Procedimento di adozione degli atti di bilancio**

*1. Il direttore generale della azienda unità sanitaria locale, entro il 30 novembre di ogni anno, adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, con allegata relazione del collegio sindacale, alla Giunta regionale ed alla conferenza dei sindaci; la conferenza dei sindaci, nei venti giorni successivi, rimette le proprie osservazioni alla Giunta regionale; la Giunta regionale approva i bilanci nel termine di quaranta giorni dalla ricezione.*

[\(23\)](#)

2. Il direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Giunta regionale che li approva nel termine di quaranta giorni.
3. Entro il 30 aprile di ogni anno i direttori generali delle aziende sanitarie adottano il bilancio di esercizio e lo trasmettono alla Giunta regionale che lo approva nel termine di quaranta giorni; nel caso delle aziende unità sanitarie locali, il bilancio è trasmesso anche alla conferenza dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.
4. Ai fini del controllo regionale di cui ai commi 2 e 3 sugli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale, il termine di quaranta giorni 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. 124 - Libri obbligatori**

1. Ciascuna azienda sanitaria deve tenere i seguenti libri obbligatori:
  - a) libro giornale;
  - b) libro degli inventari;
  - c) libro dei provvedimenti del direttore generale;
  - d) libro delle adunanze del collegio sindacale.
2. Il libro giornale registra indistintamente, ed in ordine cronologico, tutti i fatti di gestione esterna, che abbiano rilievo sui risultati di esercizio.
3. Il libro degli inventari contiene l'indicazione e la valutazione di tutte le attività e passività relative all'azienda sanitaria, tenendo distinte quelle attinenti all'attività sanitaria da quelle concernenti i servizi socio-assistenziali; 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 116](#); 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 e per l'archiviazione ottica dei documenti, i libri obbligatori di cui al comma 1, prima di essere messi in uso, devono essere numerati progressivamente in ogni pagina.

## **Art. 125 - Contabilità generale**

1. La Giunta regionale definisce i principi contabili da adottarsi per la redazione dei bilanci delle aziende sanitarie, nel rispetto dei principi contabili nazionali; definisce altresì il piano dei conti in coerenza con il contenuto del bilancio di esercizio e dei relativi allegati.
2. 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.

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 (Riforma di alcune norme di contabilità generale dello Stato in materia di bilancio) e successive modifiche.

4. Con 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 comma 1 o sia stata riconosciuta comunque insussistente.

### **Art. 126 - 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 comma 2, 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 Giunta regionale, l'azienda sanitaria 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 sanitaria è allegato al bilancio annuale di previsione.

6. Il piano sanitario regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria.

### **Art. 127 - 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. Con la contabilità analitica le rilevazioni si estendono ai fatti interni di gestione, in modo da determinare, congiuntamente o alternativamente, costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, ad aree di attività, a servizi, alla gestione di determinati beni, a categorie di prestazioni o prodotti.

3. Il direttore generale dell'azienda sanitaria, in coerenza con le direttive eventualmente impartite al riguardo dalla Giunta regionale, definisce l'impostazione della contabilità analitica e le modalità con cui essa deve essere tenuta.

4. Il direttore generale dell'azienda sanitaria 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. 128 - 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. Con il controllo di gestione é costantemente verificato l'andamento dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività aziendale ed é 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 extracontabili distinti per centri di responsabilità rilevati dai flussi informativi aziendali.

### **Art. 129 - Responsabilità**

1. 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 con le procedure di cui all'[articolo 39](#).

### **Art. 130 - Modalità dei pagamenti e servizi di cassa**

1. Salvo quanto stabilito dall'[articolo 131](#), 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 133](#); 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.

4. Nella scelta dell'affidatario si può tenere conto, altresì, di ulteriori servizi offerti e delle relative condizioni.

5. 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 sanitaria e della sezione di tesoreria provinciale dello Stato.

6. *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 economico annuale.* [\(24\)](#)

7. Il direttore generale dell'azienda sanitaria individua i funzionari preposti alla riscossione delle entrate, disciplina le procedure per disporre i pagamenti e determina le relative competenze.

## **Art. 131 - 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. 132 - Normativa applicabile**

1. Fatta salva l'applicazione delle leggi nazionali di recepimento della normativa comunitaria, della legge 11 novembre 1994, n. 109 (Legge quadro in materia di lavori pubblici), modificata dal decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 30, e delle disposizioni comunitarie vigenti, le aziende sanitarie e gli ESTAV disciplinano l'attività contrattuale di competenza con il regolamento di cui all'[articolo 133](#).
2. L'affidamento dei servizi socio-sanitari ed assistenziali è disciplinato dalla legge 8 novembre 1991, n. 381 (Disciplina delle cooperative sociali), modificata dalla legge 22 giugno 2000, n. 193, e dalla [legge regionale 24 novembre 1997, n. 87](#) (Disciplina dei rapporti tra le cooperative sociali e gli enti pubblici che operano nell'ambito regionale), modificata dalla [legge regionale 2 aprile 2002, n. 11](#).
3. Le aziende unità sanitarie locali, previa intesa con i comuni deleganti, e le Società della salute possono avvalersi degli ESTAV, per lo svolgimento delle selezioni di cui all'[articolo 12 della l.r. 87/1997](#).
4. Resta salva la possibilità di stipulare convenzioni tra le aziende sanitarie, le Società della salute e le associazioni di volontariato di cui alla [l.r. 28/1993](#).

## **Art. 133 - Regolamento dell'attività contrattuale**

1. Le aziende sanitarie e gli ESTAV disciplinano, per le rispettive competenze, la propria attività contrattuale con apposito regolamento, adottato dai direttori generali di ciascun ente, nel rispetto delle disposizioni comunitarie e statali in materia e secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e trasparenza.
2. Il regolamento disciplina, in particolare:
  - a) la programmazione, annuale e pluriennale, dell'attività contrattuale;
  - b) forme e modalità di contrattazione in relazione alla dimensione economica dei contratti ed alla tipologia dei beni e dei servizi;
  - c) forme di pubblicità delle procedure di scelta del contraente e degli esiti delle stesse, eventualmente diversificate in relazione agli elementi di cui alla lettera b), e relative modalità di svolgimento;



- d) contenuti essenziali degli atti di gara;
- e) procedure di controllo sull'esecuzione dei contratti;
- f) tenuta ed aggiornamento dell'elenco dei fornitori;
- g) procedure di affidamento del servizio di cassa;
- h) spese in economia.

### **Art. 134 - Capitolati**

1. Il Consiglio regionale delibera il capitolato generale per la fornitura di beni e servizi destinati alle 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 si conforma alle disposizioni del capitolato generale ed agli eventuali schemi di capitolato speciale approvati dalla Giunta regionale.

### **Art. 135 - Osservatorio generale dei prezzi**

1. La Giunta regionale, avvalendosi dell'osservatorio generale regionale dei prezzi, 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.

## **Titolo IX**

### **NORME TRANSITORIE E FINALI**

### **Art. 136 - Relazioni sindacali**

1. La Giunta regionale, le aziende sanitarie, gli ESTAV, l'ARS e gli altri soggetti del servizio sanitario regionale, in relazione alle proprie competenze, assicurano l'attuazione della presente legge nel rispetto dei diritti di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione sindacale previsti dalle vigenti norme statali e regionali, dai contratti collettivi nazionali e dagli accordi decentrati.
2. I soggetti di cui al comma 1, assicurano la concertazione con le organizzazioni sindacali in merito agli atti di natura programmatica e regolamentare e in particolare agli atti regionali e aziendali di cui agli [articoli 34](#) e [141](#).

### **Art. 137 - Revisione degli statuti aziendali**

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono all'adeguamento dei loro statuti entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

### **Art. 138 - Costituzione delle aziende ospedaliero-universitarie**

1. Le aziende ospedaliero-universitarie di cui all'[articolo 33](#), comma 1, provvedono a adeguare entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la composizione del collegio sindacale alle previsioni dell'articolo 4, comma 3, del d.lgs. 517/1999; gli altri organi aziendali restano in carica fino alla loro naturale scadenza.

2. Le aziende ospedaliero-universitarie subentrano in tutti i rapporti attivi e passivi delle aziende ospedaliere preesistenti, ivi compresi i rapporti di lavoro.

### **Art. 139 - Disposizioni relative all'ARS**

1. I membri del consiglio di amministrazione, il presidente e il collegio dei revisori dei conti dell'ARS in carica al momento dell'entrata in vigore della presente legge, restano in carica fino all'entrata in vigore della legge di revisione dell'ARS, di cui all'[articolo 82](#), comma 1.

### **Art. 140 - Disposizioni relative alla commissione regionale di bioetica**

1. La commissione regionale di bioetica nella composizione di cui all'articolo 97 é nominata a partire dalla legislatura successiva all'approvazione della presente legge; fino a tale data, resta in carica la commissione nominata ai sensi della legge regionale 13 agosto 1992, n.37 (Istituzione della Commissione regionale di bioetica).

### **Art. 141 - Disposizioni relative agli ESTAV**

1. La Giunta regionale disciplina, con apposito atto, il procedimento e le modalità di attribuzione delle funzioni di cui all'[articolo 101](#), comma 1, agli ESTAV, tenuto conto delle specificità di ciascuna di esse nonché dei livelli ottimali di esercizio.

2. Con il provvedimento di cui al comma 1 sono trasferite agli ESTAV le risorse strumentali e finanziarie già in dotazione alle aziende sanitarie; sono inoltre date disposizioni in ordine allo scioglimento dei consorzi d'area vasta istituiti dalle aziende sanitarie ed al subentro degli ESTAV nelle funzioni da questi esercitate.

3. Ai fini del trasferimento agli ESTAV del personale relativo alle funzioni già esercitate dai consorzi di area vasta e di quello relativo all'attribuzione di nuove funzioni, è attivato uno specifico tavolo di confronto e contrattazione, in sede regionale e locale, con le organizzazioni sindacali per la definizione di criteri e modalità attuative.

4. In fase di prima applicazione, gli ESTAV utilizzano il personale delle aziende sanitarie ad essi attribuito dalle procedure di trasferimento delle funzioni di cui al comma 3, fatta salva l'esigenza di particolari professionalità non disponibili a seguito delle procedure medesime.

### **Art. 142 - Disposizioni diverse**

1. Ogni riferimento alla zona socio-sanitaria di cui alla [l.r. 22/2000](#), contenuto nella legislazione regionale vigente, si intende sostituito con il riferimento alla zona-distretto di cui all'[articolo 32](#), comma 1.

2. In relazione all'ordinamento del servizio sanitario regionale, 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 presente legge.

3. Il Piano sanitario regionale 2005- 2007 è approvato secondo le disposizioni degli articoli 21 e seguenti dal titolo III della [l.r. 22/2000](#). La validità del Piano sanitario regionale 2005-2007 è

prorogata all'anno 2009, fatto salvo il suo aggiornamento alla scadenza del triennio di cui all'[articolo 18](#), comma 3, della presente legge.

4. La Giunta regionale con proprio atto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce l'ammontare ed i compensi spettanti ai medici che integrano le commissioni di accertamento dell'invalidità civile in rappresentanza delle associazioni di categoria di cui alla [legge regionale 23 giugno 1993, n. 40](#) (Disciplina degli organi sanitari collegiali); l'ammontare del compenso è aggiornato ogni cinque anni.

### **Art. 143 - Norma finanziaria**

1. All'onere derivante dalla presente legge si fa fronte per il corrente esercizio e per i due esercizi successivi con le risorse iscritte nella unità previsionale di base (UPB) n. 243 "Organizzazione del sistema sanitario - spese correnti".

2. Per gli esercizi successivi si fa fronte ai relativi oneri con legge di bilancio.

### **Art. 144 - Abrogazioni**

1. Sono abrogate le seguenti disposizioni e leggi regionali:

a) la legge regionale 13 agosto 1992, n. 37 (Istituzione della Commissione regionale di bioetica);

b) lettera b), comma 1, dell'articolo 4 della legge regionale 23 giugno 1993, n. 40 (Disciplina degli organi sanitari collegiali)

c) la legge regionale 16 giugno 1994, n. 46 (Modifiche alla l.r. 13 agosto 1992, n. 37 "Istituzione della Commissione regionale di bioetica");

d) la legge regionale 8 marzo 2000, n. 22 (Riordino delle norme per l'organizzazione del servizio sanitario regionale), fatto salvo quanto disposto all'articolo 142, comma 3, e ad esclusione degli articoli 68 e seguenti del capo I del titolo VII;

e) la 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");

f) la 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.

## **Allegato A**

### **Articolo 32**

Gli ambiti territoriali del servizio sanitario regionale. Ambiti aziendali e zone-distretto

*omissis*

### **Articolo 33**

Le aziende regionali ospedaliero-universitarie ed i presidi ospedalieri gestiti

*omissis*

### **Note**

(1) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 1.

(2) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 2.

- (3) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 3.
- (4) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 4.
- (5) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 4.
- (6) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 5.
- (7) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 5.
- (8) Per l'interpretazione autentica di questo articolo vedi l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 6.
- (9) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 7.
- (10) Comma inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 8.
- (11) Lettera aggiunta con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 9.
- (12) Comma abrogato con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 9.
- (13) Parole soppresse con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 9.
- (14) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 10.
- (15) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 10.
- (16) Comma inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 11.
- (17) Comma abrogato con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 12.
- (18) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 13.
- (19) Parole così sostituite con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 14.
- (20) Articolo inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 15.
- (21) Comma inserito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 16.
- (22) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 16.
- (23) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 17.
- (24) Comma così sostituito con l.r. 14 dicembre 2005, n. 67, art. 18.
- (25) Articolo inserito con l.r. 27 dicembre 2005, n. 70, art. 13.
- (26) Parole così sostituite con l.r. 28 dicembre 2005, n. 72, art. 1.
- (27) Lettera aggiunta con l.r. 28 dicembre 2005, n., 72, art. 1.
- (28) Comma inserito con l.r. 28 dicembre 2005, n. 72, art. 1.
- (29) V. B.U. 27 febbraio 2006, n. 5, Avviso di rettifica.