

**L.R. 24 febbraio 2005, n. 40** <sup>(1)</sup>.

**Disciplina del Servizio sanitario regionale.**

---

(1) Pubblicata nel B.U. Toscana 7 marzo 2005, n. 19, parte prima, suppl. n. 40.

---

**TITOLO I**

**Oggetto, finalità e definizioni**

**Art. 1**

*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 e sociale integrata e della valutazione <sup>(2)</sup>;

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;

e-bis) le modalità di partecipazione degli enti locali al governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale <sup>(3)</sup>;

e-ter) la partecipazione dei cittadini alle scelte del sistema sanitario regionale <sup>(4)</sup>.

---

(2) Lettera così sostituita dall'*art. 1, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «a) gli strumenti e le procedure della programmazione sanitaria.».

(3) Lettera aggiunta dall'*art. 1, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(4) Lettera aggiunta dall'art. 1, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

**Art. 2**  
*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 e sociale integrata in base alle disposizioni vigenti, cui sono assicurati i livelli uniformi ed essenziali di assistenza <sup>(5)</sup>;

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 e sociale integrato regionale e adottato dalla Regione al quale le aziende sanitarie e gli altri produttori accreditati devono conformarsi; l'azione programmata ha ad oggetto <sup>(6)</sup>:

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;

o-bis) per piano sanitario e sociale integrato regionale, l'atto unico di programmazione regionale che comprende l'assistenza sanitaria, sociale e socio-sanitaria integrata <sup>(7)</sup>;

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 e sociale integrato regionale e adottato dalla Regione finalizzato a tutelare specifiche tipologie di utenza mediante azioni coordinate ed integrate di natura sanitaria e sociale <sup>(8)</sup>;

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;

s-bis) per società della salute, la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate <sup>(9)</sup>;

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;

u-bis) per valutazione, il complesso degli strumenti che la Regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati <sup>(10)</sup>;

v) per zona-distretto, l'articolazione territoriale della azienda unità sanitaria locale, individuata ai sensi dell'articolo 64, comma 1 <sup>(11)</sup>.

---

(5) Lettera così modificata dall'art. 2, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(6) Alinea così modificato dall'art. 2, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(7) Lettera aggiunta dall'art. 2, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(8) Lettera così modificata dall'art. 2, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(9) Lettera aggiunta dall'art. 2, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(10) Lettera aggiunta dall'art. 2, comma 6, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(11) Lettera così modificata dall'art. 2, comma 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **TITOLO II**

### **Principi**

#### **Art. 3**

*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;

f-bis) intervento mediante processi partecipativi ai sensi della *legge regionale 27 dicembre 2007, n. 69* (Norme sulla promozione della partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali) <sup>(12)</sup>;

g) concorso dei soggetti istituzionali e partecipazione delle parti sociali agli atti della programmazione sanitaria e sociale integrata regionale <sup>(13)</sup>;

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;

i-bis) integrazione delle politiche sanitarie sociali con le politiche settoriali che ad ogni livello hanno effetti sulle condizioni di salute e di vita dei cittadini, finalizzata alla promozione della salute, e a concorrere a determinare lo stato di benessere degli individui <sup>(14)</sup>;

i-ter) puntuale e costante verifica dei risultati raggiunti dal sistema sanitario e trasparenza nella loro comunicazione ai cittadini <sup>(15)</sup>.

---

(12) Lettera aggiunta dall'*art. 22, L.R. 27 dicembre 2007, n. 69*. Ai sensi del successivo art. 26, comma 1, la stessa legge è abrogata il 31 dicembre 2012, fatta salva la conclusione dei processi partecipativi già iniziati a quella data (vedi anche il comma 2 dello stesso articolo).

(13) Lettera così modificata dall'*art. 3, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(14) Lettera aggiunta dall'*art. 3, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(15) Lettera aggiunta dall'*art. 3, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

**Art. 4**  
*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. Per le attività di assistenza sociale e per quelle socio-assistenziali a rilievo sanitario, le aziende sanitarie, d'intesa con gli enti locali, ovvero, ove costituita, la società della salute, definiscono 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 sia domiciliari che semiresidenziali, residenziali e riabilitativi della zona-distretto;

b) l'accesso con modalità uniformi ai servizi sanitari territoriali e socio-sanitari, nonché ai servizi sociali integrati;

c) il coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta in conformità delle convenzioni nazionali e la loro responsabilizzazione nella programmazione, nell'attuazione e nel controllo del percorso assistenziale;

d) l'operatività in rete dei servizi ospedalieri in area vasta e in ambito regionale <sup>(16)</sup>.

4. Anche per le finalità di cui all'articolo 20, 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 <sup>(17)</sup>.

---

(16) Comma così sostituito dall'*art. 4, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(17) Comma così modificato dall'art. 4, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Art. 5**

#### *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 e sociale integrato regionale e sono svolte secondo i principi di trasparenza, valutabilità e verificabilità degli esiti e loro trasferibilità sul sistema dei servizi <sup>(18)</sup>.
3. A tal fine, la Regione garantisce adeguate forme di pubblicizzazione per la selezione dei progetti di innovazione e ricerca.

---

(18) Comma così modificato dall'art. 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Art. 6**

#### *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 rappresentanze sociali, a livello locale e a livello di area vasta <sup>(19)</sup>. I comuni concorrono altresì alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale attraverso la conferenza regionale delle società della salute 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 aziendale dei sindaci di cui all'articolo 12 <sup>(20)</sup>.
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 71-bis <sup>(21)</sup>.

---

(19) Periodo così modificato dall'art. 6, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(20) Periodo così modificato dall'art. 6, commi 2, 3 e 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(21) Comma così modificato dall'art. 6, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Art. 7**

#### *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. La Regione promuove l'adozione sistematica di iniziative volte a sostenere la salute delle donne nelle fasi della loro vita, nell'ambito delle azioni di educazione alla salute <sup>(22)</sup>.

3. Le aziende sanitarie e le società della salute, ciascuna per le proprie competenze, 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 del terzo settore ed in raccordo con le funzioni educative e di promozione culturale di competenza degli enti locali e delle altre istituzioni pubbliche <sup>(23)</sup>.

---

(22) Periodo aggiunto dall'art. 18, comma 2, L.R. 2 aprile 2009, n. 16.

(23) Comma così sostituito dall'art. 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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 e sociale integrata regionale e valutazione <sup>(24)</sup>**

#### **Capo I - Programmazione sanitaria e sociale integrata regionale <sup>(25)</sup>**

### **Art. 8**

#### *I livelli e gli strumenti di programmazione.*

1. La programmazione in materia sanitaria e sociale della Regione assicura, in coerenza con gli strumenti della programmazione 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, e persegue le finalità del sistema integrato di interventi e servizi sociali definito dalla *legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41* (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale).
2. La programmazione in materia sanitaria e sociale è articolata su due livelli, regionale e locale.
3. Sono strumenti della programmazione regionale:
  - a) il piano sanitario e sociale integrato 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 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 in attuazione degli strumenti di cui al comma 3 <sup>(26)</sup>.

---

(24) Rubrica così sostituita dall'*art. 8, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «Programmazione sanitaria».

(25) Rubrica così sostituita dall'*art. 9, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «Programmazione sanitaria regionale».

(26) Articolo così sostituito dall'*art. 10, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «Art. 8. 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. 9**

### *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 e sociale integrato regionale del quale assumono i riferimenti temporali <sup>(27)</sup>.

1-bis. Al fine di perseguire l'appropriatezza degli interventi, l'integrazione dei servizi assistenziali in rete e l'ottimizzazione delle risorse, la Regione Toscana promuove:

a) l'attivazione, in via sperimentale, di dipartimenti interaziendali, a carattere gestionale, al fine di favorire l'interscambio dei professionisti sui percorsi assistenziali ed il condiviso ed ottimale utilizzo delle strutture e delle attrezzature;

b) la revisione delle strutture organizzative complesse delle aziende ospedaliero universitarie sulla base delle soglie minime di attività attualmente previste;

c) la revisione, nel rispetto delle necessarie relazioni sindacali, dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, determinando soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza;

d) le iniziative di riorganizzazione a livello di area vasta, oltre che per gli obiettivi predetti, per consentire il raggiungimento della sostenibilità economica anche di area vasta;

e) la revisione del sistema di valutazione dei direttori generali anche in merito agli obiettivi di area vasta;

f) la valorizzazione della governance tra le istituzioni <sup>(28)</sup>.

2. Per l'esercizio delle funzioni di cui ai commi 1 e 1-bis, sono individuate le seguenti aree vaste <sup>(29)</sup>:

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 tra i direttori generali delle aziende sanitarie dell'area vasta <sup>(30)</sup>.

4-bis. Il coordinatore del comitato di area vasta effettua il coordinamento delle attività del comitato con particolare riferimento:

a) alla programmazione, a livello di area vasta, degli atti di competenza, con particolare riferimento alle scelte di sviluppo organizzativo compresi i modelli organizzativi che favoriscano la gestione interaziendale di funzioni, strutture ed attrezzature ed il rapporto con il privato accreditato, nonché l'implementazione di procedure innovative e l'utilizzo di tecnologie nuove o ad alto costo;

b) all'attuazione e al monitoraggio degli atti di cui alla lettera a);

c) al coordinamento dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali, con particolare riferimento all'applicazione di soglie, volumi e parametri di qualità e sicurezza;

d) al compito di garantire la valutazione economica integrata dei risultati aziendali e del connesso impiego di risorse, con obiettivi economici e di governo clinico, con particolare riferimento ai risultati di esito ed alla appropriatezza, anche attraverso la sperimentazione del consolidamento dei bilanci a livello di area vasta;

e) al compito di individuare e governare gli obiettivi formativi di area vasta, garantendo percorsi integrati sul territorio <sup>(31)</sup>.

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 e sociale integrato regionale entro trenta giorni dal ricevimento e li trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione <sup>(32)</sup>.

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 e sociale integrato regionale entro trenta giorni dal ricevimento; decorso tale termine, tali atti si intendono approvati <sup>(33)</sup>.

(27) Comma così modificato dall'*art. 11, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(28) Comma aggiunto dall'*art. 117, comma 1, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155 della stessa legge*).

(29) Alinea così modificato dall'*art. 117, comma 2, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155 della stessa legge*).

(30) Comma così modificato dall'*art. 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

(31) Comma aggiunto dall'*art. 117, comma 3, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155 della stessa legge*).

(32) Comma così modificato dall'*art. 11, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(33) Comma così modificato dall'*art. 11, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **Capo II - Il concorso dei soggetti istituzionali e delle autonomie sociali alla programmazione sanitaria e sociale integrata<sup>(34)</sup>**

### **Art. 10** *Regione.*

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

a) il piano sanitario e sociale integrato regionale, che ha durata corrispondente a quella del programma regionale di sviluppo<sup>(35)</sup>;

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 e sociale integrato regionale e dei piani di area vasta<sup>(36)</sup>.

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] <sup>(37)</sup>;

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 e sociale integrato regionale sugli atti di cui all'articolo 8, comma 4, lettera b), dandone comunicazione al Consiglio regionale <sup>(38)</sup>.

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 e delle società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione <sup>(39)</sup>;

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;

b-bis) risultati specifici raggiunti dalle società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale <sup>(40)</sup>;

c) qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza.

4-bis. Nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalla normativa nazionale vigente, la Giunta regionale, previo confronto con le organizzazioni sindacali, impartisce indirizzi con propria deliberazione alle aziende ed agli enti del servizio sanitario regionale ai fini dell'implementazione del sistema di valutazione del personale del servizio sanitario regionale. In particolare la Giunta regionale definisce il numero delle fasce di merito, in misura non inferiore a tre. Il personale viene collocato nelle fasce di merito in base ai risultati del sistema di valutazione, secondo criteri di valorizzazione del merito <sup>(41)</sup>.

4-ter. La Giunta regionale impartisce altresì indirizzi con propria deliberazione al fine dell'adeguamento dei nuclei di valutazione già esistenti all'interno delle aziende sanitarie e degli enti del servizio sanitario regionale ai principi dettati dalla normativa nazionale vigente in tema di organismi indipendenti di valutazione <sup>(42)</sup>.

4-quater. Le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adeguano i contratti collettivi integrativi alle disposizioni della presente legge e agli atti di indirizzo di cui ai commi 4-bis e 4-ter, nei termini previsti dalla normativa nazionale vigente <sup>(43)</sup>.

5. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale una relazione nella quale sono illustrati in maniera documentata gli esiti delle valutazioni di cui al comma 4 <sup>(44)</sup>.

---

(34) Rubrica così modificata dall'art. 12, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(35) Lettera così sostituita dall'art. 13, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «a) il piano sanitario regionale, che ha durata quinquennale, ed i suoi aggiornamenti.».

(36) Comma così modificato dall'art. 13, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(37) Lettera abrogata dall'art. 13, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(38) Lettera così modificata dall'art. 13, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(39) Lettera così sostituita dall'art. 13, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «a) risultati complessivi delle aziende sanitarie in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione.».

(40) Lettera aggiunta dall'art. 13, comma 6, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(41) Comma aggiunto dall'art. 1, comma 1, L.R. 30 dicembre 2010, n. 67.

(42) Comma aggiunto dall'art. 1, comma 2, L.R. 30 dicembre 2010, n. 67.

(43) Comma aggiunto dall'art. 1, comma 3, L.R. 30 dicembre 2010, n. 67.

(44) Comma così sostituito dall'art. 13, comma 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «5. La Giunta regionale comunica annualmente al Consiglio regionale gli esiti delle valutazioni di cui al comma 4.».

---

## **Art. 11**

### *Conferenza regionale delle società della salute.*

1. La conferenza regionale delle società della salute e delle conferenze zonali dei sindaci, di seguito denominata conferenza regionale delle società della salute, è l'organo attraverso il quale tali soggetti partecipano alla definizione delle politiche regionali in materia sanitaria e sociale ed al coordinamento della programmazione a livello regionale e locale.

2. La conferenza regionale delle società della salute è copresieduta dagli assessori regionali competenti per materia ed è composta da:

a) i presidenti delle società della salute;

b) laddove non costituite le società della salute, i presidenti delle conferenze zonali dei sindaci di cui all'articolo 12, comma 5.

3. Alle sedute della conferenza regionale delle società della salute sono invitati:

- a) i presidenti delle province per le finalità di cui all'*articolo 13 della L.R. n. 41/2005*;
- b) un rappresentante dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);
- c) un rappresentante dell'Unione province italiane (UPI);
- d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità, enti montani (UNCCEM);
- e) i coordinatori di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4.

4. La conferenza regionale delle società della salute:

- a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;
- c) concorre all'elaborazione delle linee-guida previste dall'articolo 21, comma 7;
- d) concorre a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a), con riferimento al riparto delle risorse tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- e) concorre alla quantificazione delle risorse che ciascuna azienda unità sanitaria locale deve destinare alle zone-distretto ove sono istituite società della salute;
- f) concorre a determinare i criteri di riparto tra enti locali associati ovvero tra le società della salute, ove costituite, delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'*articolo 45 della L.R. n. 41/2005*;
- g) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1<sup>(45)</sup>.

5. La conferenza regionale delle società della salute esprime i pareri di cui al comma 4, lettere a), b), c) ed f) entro trenta giorni dal ricevimento della relativa documentazione.

6. La conferenza regionale delle società della salute, nella composizione di cui al comma 2, lettera a) propone i criteri per il riparto delle risorse attribuite dal piano sanitario e sociale integrato regionale per l'esercizio delle funzioni gestionali di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettera c).

7. La conferenza regionale delle società della salute, tramite le articolazioni di area vasta di cui al comma 9, esprime parere:

- a) sulle proposte di piani di area vasta;
- b) sulle proposte di piani attuativi delle aziende ospedaliero-universitarie e relative relazioni aziendali.

8. La conferenza regionale delle società della salute valuta annualmente, anche sulla base dei documenti di monitoraggio di cui all'articolo 20, lo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi.

9. Le modalità di funzionamento della conferenza regionale delle società della salute, compresa la sua organizzazione in articolazioni di area vasta ai fini dell'espressione dei pareri di cui al comma 4, sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti; il supporto tecnico amministrativo alle attività della conferenza regionale delle società della salute è assicurato da personale della competente direzione generale della Giunta regionale <sup>(46)</sup>.

---

(45) Comma così sostituito dall'*art. 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «4. La conferenza regionale delle società della salute:

- a) esprime parere sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- b) esprime parere sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale;
- c) esprime parere sugli indirizzi emanati dalla Giunta regionale relativamente alla programmazione sanitaria e sociale integrata di livello locale, con riferimento ai piani integrati di salute di cui all'articolo 21 e ai piani attuativi locali di cui all'articolo 22;
- d) contribuisce a determinare la composizione del fondo di cui all'articolo 25, comma 1, lettera a) e il riparto delle risorse del fondo sanitario regionale tra i livelli uniformi ed essenziali di assistenza;
- e) contribuisce a determinare i criteri di riparto tra gli enti locali associati ovvero tra le società della salute, ove costituite, delle risorse del fondo sociale regionale di cui all'*articolo 45 della L.R. n. 41/2005*;
- f) esprime parere sul numero e sulla composizione delle zone-distretto delle aziende unità sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 64, comma 1.».

(46) Articolo così sostituito dall'*art. 14, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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 zonali 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 (UNCCEM).

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 zonali 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**

### *Le conferenze dei sindaci.*

1. La conferenza aziendale dei sindaci è composta da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale. La conferenza aziendale dei sindaci è presieduta da un presidente scelto fra i presidenti delle società della salute o fra i presidenti delle conferenze zonali di cui al comma 5. Il funzionamento della conferenza aziendale dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento adottato dalla conferenza stessa; il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente <sup>(47)</sup>.

2. La conferenza aziendale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo, verifica e valutazione di cui all'articolo 3, comma 14 del decreto delegato.

3. In particolare la conferenza aziendale dei sindaci:

a) emana gli indirizzi per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 22;

b) approva il piano attuativo locale;

c) esprime le proprie valutazioni in merito alla nomina del direttore generale ai sensi dell'articolo 37, comma 2, lettera a);

d) esamina gli atti di bilancio dell'azienda unità sanitaria locale;

e) propone al Presidente della Giunta regionale la revoca del direttore generale ai sensi dell'articolo 39, comma 8.

4. Il regolamento di cui al comma 1 può prevedere, all'interno della conferenza aziendale dei sindaci, la costituzione della rappresentanza di cui all'articolo 3, comma 14 del decreto delegato che prende il nome di esecutivo, del quale fanno parte di diritto i presidenti delle società della salute costituite nell'ambito territoriale dell'azienda unità sanitaria locale.

5. Nelle zone prive di società della salute, per l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 21, sono costituite le conferenze zonali dei sindaci, composte da tutti i sindaci dei comuni ricompresi nell'ambito territoriale della zona-distretto; il funzionamento delle conferenze zonali dei sindaci è disciplinato da un apposito regolamento, adottato dalla conferenza zonale stessa; il regolamento può prevedere la possibilità di delega da parte del sindaco a favore dell'assessore competente.

6. Alla conferenza zonale dei sindaci partecipano i presidenti delle province per le finalità di cui all'*articolo 13 della L.R. n. 41/2005*.

7. Il direttore generale assicura i rapporti e una adeguata informazione tra l'azienda unità sanitaria locale e la conferenza aziendale dei sindaci; il direttore generale partecipa alle sedute della conferenza stessa su invito del presidente; laddove non costituita la società della salute, il direttore generale assicura i rapporti con la conferenza zonale dei sindaci direttamente o tramite il responsabile di zona di cui all'articolo 64, che, su invito del presidente, partecipa alle sedute della conferenza zonale.

8. L'azienda unità sanitaria locale mette a disposizione idonei locali per la conferenza aziendale dei sindaci e le conferenze zonali. Le conferenze aziendali dei sindaci e le conferenze zonali sono supportate, nell'esercizio delle loro attività, da una segreteria amministrativa; il personale della segreteria è messo a disposizione dai comuni o dalle aziende unità sanitarie locali <sup>(48)</sup>.

---

(47) Comma così modificato dall'*art. 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(48) Il presente articolo, già modificato dall'*art. 21, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi così sostituito dall'*art. 15, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo precedente era così formulato: «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 o del consigliere 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 di trenta giorni dalla richiesta, nell'ambito del piano sanitario e sociale integrato 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<sup>(49)</sup>.

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. n. 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. n. 517/1999* e dagli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata 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<sup>(50)</sup>:

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.

---

(49) Comma così modificato dapprima dall'*art. 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67* e poi dall'*art. 16, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(50) Alinea così modificato dall'*art. 16, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

#### **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 e sociale integrato regionale vigente ed individuano gli spazi di collaborazione sul versante assistenziale, della formazione e dello sviluppo delle competenze e conoscenze nel settore sanitario <sup>(51)</sup>.

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.

---

(51) Comma così modificato dall'*art. 17, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

#### **Art. 15**

##### *Partecipazione alla programmazione.*

1. La Regione, le aziende unità sanitarie locali e le società della salute promuovono e assicurano la partecipazione degli utenti, 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 valorizzano il contributo degli operatori, delle associazioni professionali e delle società scientifiche accreditate attraverso adeguate modalità di consultazione <sup>(52)</sup>.

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] <sup>(53)</sup>.

---

(52) Comma così sostituito dall'*art. 18, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(53) Comma abrogato dall'*art. 18, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **Art. 16**

### *Tutela dei diritti dell'utenza.*

1. È 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 e formulare indirizzi alle società della salute, ove costituite, per la promozione del diritto all'informazione, riconoscendo in quest'ultimo la condizione fondamentale per assicurare agli utenti 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 <sup>(54)</sup>.

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, garantendo certezza e rapidità di risposta <sup>(55)</sup>.

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

8. Le aziende sanitarie e le società della salute, ove costituite, realizzano 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, e coordinano le rispettive attività dirette alla informazione degli utenti <sup>(56)</sup>.

9. Il direttore generale d'intesa con la conferenza aziendale 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 <sup>(57)</sup>.

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, e le società della salute, ove costituite, stipulano con le associazioni di volontariato e di tutela 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 <sup>(58)</sup>.

---

(54) Lettera così sostituita dall'*art. 19, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(55) Comma così modificato dall'art. 19, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(56) Comma così sostituito dall'art. 19, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

(57) Comma così modificato dall'art. 19, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(58) Comma così modificato dall'art. 19, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **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, ad eccezione di quanto disposto dalla presente legge in materia di sistema sanitario di emergenza urgenza, sono regolati da apposite convenzioni, in conformità con quanto disposto dalle normative nazionali e regionali vigenti<sup>(59)</sup>.

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.

---

(59) Comma così sostituito dall'art. 1, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70. Il testo originario era così formulato: «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.».

---

## **Capo III - Gli strumenti della programmazione sanitaria e sociale integrata<sup>(60)</sup>**

### **Art. 18**

*Il piano sanitario e sociale integrato regionale<sup>(61)</sup>.*

1. Il piano sanitario e sociale integrato regionale è lo strumento di programmazione con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione rilevati dagli strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata di cui all'articolo 20 e dagli studi di ricerca epidemiologica affidati all'Agenzia regionale di sanità (ARS) ed alle società scientifiche. Il piano sanitario e sociale integrato regionale definisce inoltre per

l'ambito sanitario e sociale l'attuazione della strategia regionale coordinata e continuativa in materia di sicurezza stradale <sup>(62)</sup>.

2. Il piano sanitario e sociale integrato regionale è approvato con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, formulata previo parere della conferenza regionale delle società della salute, ed ha durata corrispondente a quella del programma regionale di sviluppo. Ai fini dell'elaborazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, si applicano le disposizioni di cui alla *legge regionale 11 agosto 1999, n. 49* (Norme in materia di programmazione regionale).

3. La Giunta regionale con propria deliberazione provvede annualmente all'attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale ai sensi dell'*articolo 10-bis della L.R. n. 49/1999*.

---

(60) Rubrica così modificata dall'*art. 20, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(61) Articolo così sostituito dall'*art. 21, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nella nota che segue. Il testo originario era così formulato: «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.».

(62) Comma così modificato dall'*art. 7, L.R. 11 maggio 2011, n. 19*.

---

## **Art. 19**

*Contenuti del piano sanitario e sociale integrato regionale* <sup>(63)</sup>.

1. Il piano sanitario e sociale integrato regionale individua gli obiettivi generali di salute e di benessere da assumere per la programmazione locale, le strategie di sviluppo e le linee di governo del servizio sanitario regionale e dei servizi socio-assistenziali. Il piano tiene conto del principio di pari opportunità sviluppando azioni specificamente orientate a tal fine <sup>(64)</sup>.

2. Per le politiche sanitarie in particolare sono definiti:

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 tra le aziende unità sanitarie locali e, per ciascuna azienda unità sanitaria locale, tra le zone-distretto;

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 regionale, 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 unità sanitarie locali, con particolare riferimento a quelle impiegate nella prevenzione;

f) le azioni programmate di rilievo regionale e i progetti obiettivo, da realizzare tramite le società della salute e, laddove non costituite, in collaborazione con gli enti locali;

g) i 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;

h-bis) i criteri e le modalità per la costituzione di società, interamente partecipate dalle aziende sanitarie, finalizzate alla realizzazione delle strutture ed alla valorizzazione del patrimonio immobiliare <sup>(65)</sup>;

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 complementari negli interventi per la salute.

3. Per le politiche sociali in particolare sono definiti:

a) gli obiettivi di benessere sociale da perseguire, con riferimento alle politiche sociali integrate di cui al titolo quinto della *L.R. n. 41/2005*;

b) le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi atte ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni di cui all'*articolo 4 della L.R. n. 41/2005*;

c) le priorità di intervento relative ai soggetti di cui all'*articolo 7, comma 6 della L.R. n. 41/2005* nonché le sperimentazioni e gli interventi di cui all'articolo 14 della medesima legge;

d) gli indirizzi generali da utilizzare per determinare il concorso degli utenti al costo delle prestazioni;

e) le modalità di ripartizione alle società della salute e, laddove non costituite, agli enti locali, in ambito zonale, delle risorse destinate dal bilancio regionale al finanziamento della rete locale dei servizi, sulla base di parametri oggettivi rilevati in relazione ai seguenti elementi:

- 1) livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- 2) dimensione degli interventi e dei servizi in atto;
- 3) bisogni di assistenza;
- 4) situazione demografica e territoriale delle diverse zone.

f) le misure e le azioni prioritarie da prevedere in favore dei comuni in maggiore situazione di disagio, ai sensi della normativa regionale vigente;

g) i criteri di accesso al fondo sociale regionale di solidarietà interistituzionale di cui all'*articolo 46 della L.R. n. 41/2005*;

h) gli interventi innovativi, di ricerca e di sperimentazione, di interesse regionale;

i) le iniziative di comunicazione sociale e di sensibilizzazione finalizzate alla prevenzione del disagio e della esclusione sociale;

l) i benefici aggiuntivi a favore degli invalidi civili, di cui all'*articolo 130, comma 2 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112* (Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della *L. 15 marzo 1997, n. 59*).

4. Il piano sanitario e sociale integrato regionale contiene gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione relativi allo stato di attuazione della programmazione regionale ai sensi dell'articolo 20.

---

(63) Articolo così sostituito dall'*art. 22, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nelle note che seguono. Il testo originario era così formulato: «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 di cui all'articolo 8.».

(64) Periodo aggiunto dall'*art. 18, comma 3, L.R. 2 aprile 2009, n. 16.*

(65) Lettera aggiunta dall'*art. 17, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal 1° gennaio 2011 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 139* della stessa legge).

---

## **Art. 20**

### *La valutazione delle politiche sanitarie e sociali integrate.*

1. Sono strumenti di valutazione e di monitoraggio della programmazione sanitaria e sociale integrata:
- a) il rapporto annuale di monitoraggio e valutazione di cui al comma 2;
  - b) la relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 24;
  - c) la relazione sociale regionale di cui all'*articolo 42 della L.R. n. 41/2005*;

d) la relazione sanitaria regionale di cui al comma 3;

e) la relazione sullo stato di salute di cui al comma 4.

2. La Giunta regionale elabora ogni anno il rapporto 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 e lo trasmette al Consiglio regionale.

3. La Giunta regionale elabora, a conclusione del ciclo della programmazione sanitaria e sociale integrata, la relazione sanitaria regionale e la relazione sociale regionale di cui all'*articolo 42 della L.R. n. 41/2005* e le trasmette al Consiglio regionale e alla conferenza regionale delle società della salute. La relazione sanitaria regionale esprime, anche sulla base delle risultanze delle relazioni sanitarie aziendali e degli strumenti di valutazione propri delle società della salute:

a) valutazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione;

b) valutazioni sui risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

4. La relazione sullo stato di salute è il documento di monitoraggio e di valutazione dei servizi e delle attività sanitarie territoriali e sociali, che la società della salute, ove costituita, o la conferenza zonale dei sindaci redige annualmente <sup>(66)</sup>.

---

(66) Articolo così sostituito dall'*art. 23, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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. 20-bis**

#### *Strumenti e procedure di valutazione.*

1. Nel quadro delle politiche di promozione della salute, al fine di definire gli strumenti e le procedure per la valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata e di individuare idonei strumenti di osservazione dello stato di salute, dell'evoluzione dei fenomeni sociali, dello stato dei servizi, la Giunta regionale determina i rapporti di collaborazione, oltre che con l'Istituto per la Prevenzione Oncologica (ISPO) e con l'ARS, con istituti universitari con specifica esperienza negli ambiti del management sanitario e sociale integrato, delle attività di formazione avanzata e della misurazione e valutazione della "performance" del sistema sanitario e sociale integrato e dei soggetti che lo costituiscono <sup>(67)</sup>.

---

(67) Articolo aggiunto dall'art. 24, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Art. 20-ter**

#### *Istituzione di registri di rilevante interesse sanitario.*

1. In applicazione del *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali), ai sensi degli articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), sono istituiti i seguenti registri di patologia:

- a) registro tumori;
- b) registro difetti congeniti <sup>(68)</sup>;
- c) registro malattie rare;
- d) registro malattie demielinizzanti.

2. I registri di patologia di cui al comma 1 raccolgono dati anagrafici e sanitari relativi a persone affette dalle malattie individuate al comma 1 a fini di studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

3. Con regolamento regionale, adottato in conformità al parere espresso dal Garante per la protezione dei dati personali, ai sensi degli *articoli 20 e 154, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali), sono previsti i tipi di dati sensibili, le operazioni eseguibili, le specifiche finalità perseguite da ciascuno dei registri di cui al comma 1, i soggetti che possono avere accesso ai registri e i dati che possono conoscere e le misure per la custodia e la sicurezza dei dati.

4. Le previsioni del regolamento di cui al comma 3 devono in ogni caso informarsi al principio di necessità di cui all'*articolo 3 del D.Lgs. 196/2003* <sup>(69)</sup>.

---

(68) Lettera così sostituita dall'art. 3, L.R. 9 novembre 2009, n. 65. Il testo originario era così formulato: «b) registro effetti congeniti.».

(69) Articolo aggiunto dall'art. 25, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

## **Art. 21**

### *Piani integrati di salute.*

1. Il piano integrato di salute, di seguito denominato PIS, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona-distretto.

2. È compito del PIS:

a) definire il profilo epidemiologico delle comunità locali, con particolare attenzione alle condizioni dei gruppi di popolazione che, per caratteristiche socio-economiche, etnico-culturali, residenziali, sono a maggiore rischio in termini di:

1) stili di vita, con particolare riferimento a quelli connessi alle patologie croniche;

2) difficoltà di carattere culturale e organizzativo nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento ai servizi di prevenzione individuale e collettiva e alla medicina generale;

3) barriere strutturali all'accesso ai servizi e alla continuità delle cure assistenziali (viabilità, percorsi, accessi per portatori di handicap, orari inadeguati per specifiche categorie di utenza);

b) definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi zonali in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali, ed in particolare: attivare progetti coerenti con la sanità d'iniziativa (es. promuovere interventi rivolti ad aumentare la capacità delle persone a gestire con maggiore competenza e correttezza la propria salute); individuare efficaci zone di contrasto nei confronti delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza sanitaria; adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;

c) individuare le azioni attuative;

d) individuare le risorse messe a disposizione dai comuni, comprese quelle destinate al finanziamento dei livelli di assistenza aggiuntivi, e quelle provenienti dal fondo sanitario regionale;

e) definire la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;

f) definire il fabbisogno di strutture residenziali e semiresidenziali, in coerenza con la programmazione regionale;

g) attivare gli strumenti di valutazione per misurare gli obiettivi specifici di zona.

3. Il PIS comprende programmi e progetti operativi; i programmi individuano gli obiettivi e le risorse complessivamente disponibili per la loro realizzazione secondo gli indirizzi contenuti negli obiettivi di salute condivisi a livello regionale e specifici di zona; i progetti operativi individuano le azioni necessarie a conseguire i singoli obiettivi previsti dai programmi di riferimento.

4. Ai fini del coordinamento delle politiche sociosanitarie con le altre politiche locali in grado di incidere sullo stato di salute della popolazione e dell'integrazione fra i diversi strumenti di programmazione locale, il procedimento di formazione del PIS prevede:

a) il raccordo con le competenti strutture organizzative delle amministrazioni comunali interessate;

b) la consultazione con le associazioni di volontariato e tutela, le cooperative sociali e le altre associazioni del terzo settore.

5. Il PIS è approvato dall'assemblea dei soci della società della salute e, laddove non costituita, dalla conferenza zonale dei sindaci; in quest'ultimo caso l'avvio del processo di realizzazione del PIS è determinato da un atto deliberativo della conferenza zonale dei sindaci, previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento; che sancisce l'accordo in merito con l'azienda unità sanitaria locale; l'accordo ha ad oggetto, in particolare, le risorse rese disponibili dagli enti locali e dalle aziende sanitarie; quest'ultime quantificano tali risorse con riferimento al documento economico di cui all'articolo 120, comma 2.

6. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale e si attua attraverso programmi operativi annuali che ne possono costituire aggiornamento.

7. La Giunta regionale elabora apposite linee guida per la predisposizione del PIS <sup>(70)</sup>.

---

(70) Articolo così sostituito dall'art. 26, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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. È 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 e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalle conferenze aziendali 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 quinquennale e può prevedere aggiornamenti <sup>(71)</sup>.

2. Le conferenze aziendali dei sindaci, previo parere dei consigli comunali, formulano indirizzi per le aziende unità sanitarie locali per l'elaborazione del piano attuativo locale; le società della salute, o le conferenze zonali dei sindaci, contribuiscono altresì alla formulazione del piano attuativo locale, per le attività sanitarie e sociosanitarie, attraverso i PIS di cui all'articolo 21 <sup>(72)</sup>.

3. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il piano attuativo e lo trasmette alla conferenza aziendale dei sindaci, che lo approva in sede plenaria <sup>(73)</sup>.

4. Il direttore generale trasmette il piano attuativo approvato alla Giunta regionale che, entro quaranta giorni, ne verifica la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la

Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività <sup>(74)</sup>.

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 aziendale 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 e sociale integrata regionale entro quaranta giorni dal ricevimento; nel caso di mancata approvazione da parte della conferenza aziendale dei sindaci, la Giunta regionale, una volta esercitato il controllo di conformità ed essersi confrontata con la conferenza aziendale dei sindaci, autorizza il direttore generale alla prosecuzione dell'attività <sup>(75)</sup>.

---

(71) Comma così sostituito dall'*art. 27, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(72) Comma così sostituito dall'*art. 27, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(73) Comma così modificato dall'*art. 27, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(74) Comma così modificato dall'*art. 27, commi 4 e 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(75) Comma così modificato dall'*art. 27, commi 6 e 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

### **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 e sociale integrato 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 <sup>(76)</sup>.

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 quinquennale e può prevedere aggiornamenti <sup>(77)</sup>.

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 regionale delle società della salute per l'acquisizione dei pareri di competenza <sup>(78)</sup>. Il direttore generale trasmette il piano attuativo e le eventuali osservazioni alla Giunta regionale che, verificatane la conformità alla programmazione sanitaria e sociale integrata regionale, lo approva entro quaranta giorni dal ricevimento <sup>(79)</sup>.

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.

---

(76) Comma così modificato dall'art. 28, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(77) Comma così sostituito dall'art. 28, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «3. Il piano attuativo ospedaliero ha durata triennale e può prevedere aggiornamenti annuali.».

(78) Periodo così modificato dall'art. 28, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(79) Periodo così modificato dall'art. 28, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **Art. 24**

### *Relazione sanitaria aziendale.*

1. La relazione sanitaria aziendale è lo strumento di valutazione e monitoraggio dei risultati raggiunti in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e aziendale e ne costituisce strumento rilevante per la definizione; la relazione sanitaria aziendale in particolare evidenzia 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 sociale integrata, alle attività sanitarie degli ambiti territoriali e a quella socio-assistenziale <sup>(80)</sup>.

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, all'ARS e alla conferenza aziendale dei sindaci <sup>(81)</sup>;

b) dalle aziende ospedaliero-universitarie alla Giunta regionale, all'ARS e alla conferenza regionale delle società della salute <sup>(82)</sup>.

4. La conferenza aziendale dei sindaci e le articolazioni di area vasta della conferenza regionale delle società della salute esprimono le proprie valutazioni sulle relazioni sanitarie e le trasmettono alla Giunta regionale <sup>(83)</sup>.

---

(80) Comma così sostituito dall'*art. 29, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(81) Lettera così modificata dall'*art. 29, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(82) Lettera così modificata dall'*art. 29, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(83) Comma così modificato dall'*art. 29, commi 4 e 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 ed al funzionamento degli enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta di cui all'articolo 100 <sup>(84)</sup>.

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 e sociale integrata regionale, per il sostegno degli investimenti e per la manutenzione e il rinnovo del patrimonio delle aziende sanitarie <sup>(85)</sup>;

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.

---

(84) Lettera così sostituita dall'art. 30, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «a) fondo ordinario di gestione destinato alle aziende unità sanitarie locali, per la erogazione ordinaria dei livelli uniformi ed essenziali di assistenza.».

(85) Lettera così modificata dall'art. 30, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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 e sociale integrato regionale <sup>(86)</sup>.

1-bis. Nell'assegnazione di cui al comma 1, sono individuate le quote del fondo da attribuire con vincolo di destinazione alle zone-distretto, tenuto conto delle determinazioni adottate dalla conferenza delle società della salute ai sensi dell'articolo 11, comma 4, lettera e) <sup>(87)</sup>.

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 e sociale integrata regionale <sup>(88)</sup>.

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] <sup>(89)</sup>.

---

(86) Comma così modificato dall'art. 31, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(87) Il presente comma, aggiunto dall'art. 31, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, è stato poi così sostituito dall'art. 4, L.R. 9 novembre 2009, n. 65. Il testo originario era così formulato: «1-bis. Nell'assegnazione di cui al comma 1 vengono individuate le quote del fondo da attribuire con vincolo di destinazione alle zone-distretto per le attività relative ai livelli essenziali di assistenza sanitaria territoriale.».

(88) Comma così modificato dall'art. 31, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(89) Comma abrogato dall'art. 31, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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 e sociale integrata regionale <sup>(90)</sup>.

---

(90) Comma così modificato dall'art. 32, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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 e sociale integrato 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 <sup>(91)</sup>.
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, fermo restando il diritto dei cittadini di ricorrere alle prestazioni dei produttori accreditati quando la struttura pubblica non sia in grado di assicurare le prestazioni nei tempi necessari, secondo le modalità stabilite dalla Giunta regionale e in relazione alle risorse disponibili e all'attuazione della programmazione 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 <sup>(92)</sup>. 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.

---

(91) Comma così modificato dall'art. 33, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(92) Periodo così modificato dall'art. 33, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **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.*

1. Le aziende sanitarie possono contrarre indebitamento, previa autorizzazione, fino ad un massimo di trenta anni unicamente per il finanziamento di spese di investimento e fino ad un ammontare complessivo delle relative rate per capitale ed interessi non superiore al 15 per cento delle entrate proprie correnti, ad esclusione della quota di fondo sanitario regionale di parte corrente loro attribuito ed avendo a riferimento l'insieme delle aziende sanitarie nonché degli enti di cui al comma 4.
  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 far fronte agli oneri conseguenti, e del complessivo rispetto del limite giuridico di indebitamento di cui al comma 1.
  4. In casi eccezionali debitamente motivati nella deliberazione di cui al comma 3, gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV), nell'ambito dei limiti complessivi di cui al comma 1, possono essere autorizzati a contrarre indebitamento. 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 <sup>(93)</sup>.
-

(93) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 13, L.R. 27 dicembre 2005, n. 70*, poi modificato dall'*art. 8, L.R. 22 dicembre 2006, n. 64*, è stato successivamente così sostituito dall'*art. 13, L.R. 27 luglio 2007, n. 40*. Il testo precedente era così formulato: «Art. 30-bis. Indebitamento delle Aziende e degli ESTAV. 1. Le aziende sanitarie possono contrarre indebitamento previa autorizzazione regionale fino a un massimo di anni trenta, 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. Gli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali sono individuati nell'allegato A alla presente legge.
2. Le aziende unità sanitarie locali provvedono alla programmazione ed alla gestione delle attività definite nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, salvo quanto previsto nelle disposizioni del capo III-bis del titolo V <sup>(94)</sup>.

---

(94) Articolo così sostituito dall'*art. 34, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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. n. 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 e sociale integrata regionale e relativamente alle attività in essa indicate <sup>(95)</sup>.

2. È 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".

---

(95) Comma così modificato dall'art. 35, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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. n. 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, del direttore sanitario, e, per le aziende unità sanitarie locali, del direttore dei servizi sociali <sup>(96)</sup>;

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;

i-bis) l'approvazione dello statuto e della convenzione della società della salute, ai sensi dell'articolo 71-quater, comma 4 <sup>(97)</sup>.

3-bis. Ove costituita la società della salute, il direttore generale è componente dell'assemblea dei soci di cui all'articolo 71-sexies e della giunta esecutiva di cui all'articolo 71-septies ovvero designa il rappresentante dell'azienda unità sanitaria locale ai fini della partecipazione alla medesima giunta<sup>(98)</sup>.

---

(96) Lettera così sostituita dall'art. 36, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

(97) Lettera aggiunta dall'art. 36, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(98) Comma aggiunto dall'art. 36, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **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 aziendale dei sindaci<sup>(99)</sup>,

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 regionale delle società della salute<sup>(100)</sup>.

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<sup>(101)</sup>.

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).

7-bis. Annualmente l'operato del direttore generale viene valutato sulla base del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla Regione. Il sistema di incentivazione della direzione è collegato alla valutazione dei risultati raggiunti da ciascuna azienda sanitaria misurati nell'ambito del sistema di valutazione del rapporto annuale di monitoraggio e valutazione di cui all'articolo 20<sup>(102)</sup>.

7-ter. Non è consentita la nomina a direttore generale per più di tre mandati consecutivi nello stesso incarico presso la stessa azienda sanitaria; la durata complessiva dell'incarico non può comunque essere superiore a dieci anni<sup>(103)</sup>.

---

(99) Lettera così modificata dall'*art. 37, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(100) Lettera così modificata dall'*art. 37, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(101) Comma così sostituito dall'*art. 3, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «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 dalla Giunta regionale ed è stipulato tra il Presidente della Giunta regionale ed il direttore generale nominato nel termine di quindici giorni dalla nomina.».

(102) Comma aggiunto dall'*art. 37, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(103) Comma aggiunto dall'*art. 37, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

### **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 aziendale 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 regionale delle società della salute <sup>(104)</sup>.
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 aziendale dei sindaci, per l'azienda unità sanitaria locale, il rettore dell'università interessata e la competente articolazione di area vasta della conferenza regionale delle società della salute per l'azienda ospedaliero-universitaria <sup>(105)</sup>.
8. La conferenza aziendale dei sindaci ovvero, per le aziende ospedaliero-universitarie, la competente articolazione di area vasta della conferenza regionale delle società della salute 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 <sup>(106)</sup>.
9. In caso di decadenza o revoca del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale nomina un commissario <sup>(107)</sup>.
- 9-bis. Il commissario di cui al comma 9:

a) possiede i requisiti per la nomina a direttore generale;

b) esercita le funzioni del direttore generale e, salvo diversa previsione dell'atto di nomina, sostituisce i direttori amministrativo e sanitario e ne esercita le funzioni;

c) resta in carica per non oltre dieci mesi <sup>(108)</sup> <sup>(109)</sup>.

10. In attesa della conclusione del procedimento di revoca o di decadenza del direttore generale, il Presidente della Giunta regionale può sospenderlo dalle funzioni qualora ricorrano gravi motivi e sussistano situazioni di urgente necessità <sup>(110)</sup>.

10-bis. Nei casi di cui al comma 10 il Presidente della Giunta regionale, contestualmente alla sospensione, nomina un commissario ai sensi e per gli effetti del comma 9-bis <sup>(111)</sup>.

11. Fino alla nomina del commissario, esercita le funzioni di direttore generale il più anziano di età fra il direttore amministrativo e sanitario <sup>(112)</sup>.

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.

12-bis. Nel caso di dimissioni o morte del direttore generale si applicano i commi 9, 9-bis e 11 <sup>(113)</sup>.

---

(104) Comma così modificato dall'art. 38, commi 1 e 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(105) Comma così modificato dall'art. 38, commi 3 e 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(106) Comma così modificato dall'art. 38, commi 5 e 6, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(107) Comma così sostituito dall'art. 38, comma 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

(108) Lettera così modificata dall'art. 128, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 155 della stessa legge). Vedi anche, per le norme transitorie, l'art. 132 della stessa legge.

(109) Comma aggiunto dall'art. 38, comma 8, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, poi così modificato come indicato nella nota che precede.

(110) Comma così sostituito dall'art. 38, comma 9, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

(111) Comma aggiunto dall'art. 38, comma 10, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(112) Comma così sostituito dall'art. 38, comma 11, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

(113) Comma aggiunto dall'art. 38, comma 12, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

#### **Art. 40**

*Il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali* <sup>(114)</sup>.

1. Il direttore generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario; 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 generale nomina il direttore amministrativo e il direttore sanitario fra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40-bis.
3. Nelle aziende unità sanitarie locali, nel cui territorio sono presenti zone in cui non è costituita la società della salute, lo statuto aziendale di cui all'articolo 50, può prevedere che il direttore sia coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3-septies del decreto delegato <sup>(115)</sup>.
4. Il direttore dei servizi sociali della azienda unità sanitaria locale è nominato dal direttore generale tra i soggetti iscritti negli elenchi di cui all'articolo 40-bis, sentita la conferenza aziendale dei sindaci; si applica la disposizione di cui all'articolo 3, comma 11 del decreto delegato.
5. 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).
6. 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 esercitate.

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. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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, se questi non provvede alla loro riconferma.

12. Non è consentita la nomina a direttore amministrativo o a direttore sanitario o a direttore dei servizi sociali per più di tre mandati consecutivi nei relativi incarichi presso la stessa azienda sanitaria; la durata complessiva dei relativi incarichi non può comunque essere superiore a dieci anni.

---

(114) Articolo così sostituito dall'*art. 39, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nella nota che segue. Il testo originario era così formulato: «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.».

(115) Il presente comma, già sostituito dall'art. 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16, è stato poi nuovamente così sostituito dall'art. 129, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 155 della stessa legge). Il testo precedente era così formulato: «3. Nelle aziende unità sanitarie locali, nel cui territorio sono presenti zone in cui non è costituita la società della salute, lo statuto aziendale, di cui all'articolo 50, prevede che il direttore generale sia coadiuvato da un direttore dei servizi sociali con compiti di direzione e di coordinamento delle attività di cui all'articolo 3-septies del decreto delegato. In particolare il direttore dei servizi sociali formula indirizzi per le attività socio sanitarie per garantire i livelli omogenei e uniformi delle stesse.».

---

#### **Art. 40-bis**

*Elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo, a direttore sanitario e a direttore dei servizi sociali.*

1. Presso la competente struttura della Giunta regionale sono istituiti gli elenchi degli aspiranti alla nomina a direttore amministrativo di aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta, degli aspiranti alla nomina a direttore sanitario di aziende unità sanitarie locali e di aziende ospedaliero-universitarie e degli aspiranti alla nomina a direttore dei servizi sociali di aziende unità sanitarie locali.

2. L'iscrizione agli elenchi di cui al comma 1 avviene su domanda, alla quale è allegato il curriculum vitae e i titoli scientifici e professionali ritenuti idonei e pertinenti, comprese le pubblicazioni a mezzo stampa, inoltrata dal 1° al 31 dicembre di ciascun anno. Al fine della verifica della presentazione della domanda entro i termini prescritti, fa fede il timbro dell'ufficio accettante.

3. L'iscrizione agli elenchi di cui al comma 1 avviene anche a seguito di avviso pubblico che la Giunta regionale ha comunque la facoltà di indire, a seguito del quale gli interessati presentano domanda corredata di curriculum vitae e i titoli scientifici e professionali ritenuti idonei e pertinenti, comprese le pubblicazioni a mezzo stampa.

4. La competente struttura della Giunta regionale, accertata la regolarità formale delle domande, pervenute ai sensi del comma 2 e 3, verifica la sussistenza dei requisiti previsti agli articoli 3 e 3-bis

del decreto delegato e all'*articolo 1 del 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).

5. La Giunta regionale compie l'istruttoria entro novanta giorni dall'avvenuta ricezione delle domande. La mancanza dei requisiti al momento della presentazione della domanda non è sanabile.

6. I provvedimenti di nomina del direttore sanitario, del direttore dei servizi sociali e del direttore amministrativo sono pubblicati sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana <sup>(116)</sup>. Contestualmente alla pubblicazione di cui al presente comma, i provvedimenti di nomina, corredati dal relativo curriculum vitae, sono pubblicati sul sito web della Giunta regionale, in apposita sezione dedicata all'elenco. Nella stessa sezione sono pubblicati tutti i nominativi degli aspiranti alle cariche di direttore amministrativo e di direttore sanitario inseriti nell'elenco, nonché i relativi curricula <sup>(117)</sup>.

---

(116) Periodo così modificato dall'*art. 5, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(117) Articolo aggiunto dall'*art. 40, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

## **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. n. 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 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 <sup>(118)</sup>.

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 <sup>(119)</sup>.

---

(118) Comma così modificato dall'*art. 4, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

(119) Comma così sostituito dall'*art. 4, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «6. Ai membri del collegio sindacale spetta l'indennità prevista dall'articolo 3, comma 13, del decreto delegato, oltre al rimborso delle spese eventualmente sostenute per il servizio svolto presso sedi diverse da quella legale dell'azienda sanitaria; il rimborso è ammesso nei limiti massimi stabiliti per i dirigenti del servizio sanitario nazionale; le modalità di computo della indennità sono stabilite con provvedimento della Giunta regionale.».

---

## **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 sangue <sup>(120)</sup>;
- d) Centro regionale per il rischio clinico e la sicurezza del paziente;
- d-bis) Rete Toscana per la Medicina Integrata <sup>(121)</sup>.

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 può altresì costituire specifiche strutture con funzione di riferimento regionale <sup>(122)</sup>.

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 <sup>(123)</sup>.

---

(120) Lettera così sostituita dall'art. 6, L.R. 9 novembre 2009, n. 65. Il testo originario era così formulato: «c) Centro regionale di coordinamento e compensazione dell'attività trasfusionale.».

(121) Lettera aggiunta dall'art. 79, L.R. 14 dicembre 2009, n. 75.

(122) Comma così modificato dall'art. 5, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67.

(123) Comma così sostituito dall'art. 5, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67. Il testo originario era così formulato: «4. Con il provvedimento istitutivo delle strutture di cui al comma 2 e degli organismi di cui al comma 3 sono individuati compiti, finalità e modalità di funzionamento e le eventuali indennità spettanti ai componenti degli organismi e delle strutture.».

---

## **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 extra-ospedaliere 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. È 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. È 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 il coordinatore sanitario ed il coordinatore sociale di zona di cui all'articolo 64, comma 7, ed i direttori dei presidi ospedalieri <sup>(124)</sup>.

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.

---

(124) Comma così sostituito dall'*art. 41, comma 11, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

---

#### **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. L'organizzazione delle aziende sanitarie è disciplinata dallo statuto e dai regolamenti interni, nel rispetto dei principi della presente legge e dei criteri fissati dal piano sanitario e sociale integrato regionale.

2. 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.

3. Lo statuto aziendale delle aziende ospedaliero-universitarie è adottato in conformità ai protocolli d'intesa tra Regione e università di cui all'articolo 13.

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 legge. La Giunta regionale esprime il proprio parere entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale il direttore generale può procedere all'approvazione dello statuto aziendale.

5. Per le aziende unità sanitarie locali sono disciplinati con atti regolamentari, previo parere delle società della salute, ove costituite, 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.

6. Nelle aziende unità sanitarie locali sul cui territorio sono costituite società della salute, le disposizioni statutarie e regolamentari in materia di organizzazione dei servizi territoriali sono adottate d'intesa con le stesse società della salute.

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 <sup>(125)</sup>.

---

(125) Il presente articolo, già modificato dall'*art. 14, L.R. 27 luglio 2007, n. 40*, è stato poi così sostituito dall'*art. 42, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo precedente era così formulato: «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. La Giunta esprime il proprio parere entro il termine di quaranta giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale il direttore può procedere all'approvazione dello statuto aziendale.

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* <sup>(126)</sup>.

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 e sociale integrata 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 <sup>(127)</sup>.

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, dalle società della salute, dall'ARS, dagli enti di ricerca e dagli istituti di cui all'articolo 14, dall'ISPO di cui alla *legge regionale 4 febbraio 2008, n. 3* (Istituzione e organizzazione dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "ISPO". Gestione liquidatoria del Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica "CSPO"). La rete si avvale della collaborazione delle università toscane e degli ordini e collegi professionali della Regione <sup>(128)</sup>.

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.

4-bis. Alla nomina della commissione provvede il Presidente della Giunta regionale <sup>(129)</sup>.

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.

---

(126) Per la permanenza in carica dell'organo sanitario di cui al presente articolo vedi l'*art. 3, L.R. 30 ottobre 2010, n. 55*.

(127) Comma così modificato dall'*art. 43, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(128) Comma così sostituito dall'*art. 43, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(129) Comma aggiunto dall'*art. 29, L.R. 24 ottobre 2008, n. 56*.

---

## **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 della *direttiva 97/50/CE*, della *direttiva 98/21/CE*, della *direttiva 98/63/CE* e della *direttiva 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] <sup>(130)</sup>.

---

(130) Articolo abrogato dall'*art. 44, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 e sociale integrato regionale può prevedere a tali fini l'utilizzo dei finanziamenti del fondo sanitario regionale <sup>(131)</sup>. La Regione promuove la ricerca scientifica che prende in considerazione le differenze fra donna e uomo in relazione alla protezione della loro salute, in particolar modo per quanto riguarda l'accessibilità e l'attività diagnostica e terapeutica, sia nell'ambito degli studi clinici che in quello assistenziale <sup>(132)</sup>.

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.

---

(131) Periodo così modificato dall'*art. 45, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(132) Periodo aggiunto dall'*art. 18, comma 4, L.R. 2 aprile 2009, n. 16.*

---

## **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 delle 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. 55-bis**

##### *Criteri per l'assegnazione del personale nelle strutture organizzative.*

1. In sede di assegnazione del personale, la direzione aziendale adotta le misure necessarie ad evitare che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al terzo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica nell'ambito della medesima struttura organizzativa, come definita ai sensi degli articoli 60 e seguenti.

2. Il personale che, a seguito dell'assegnazione, venga a trovarsi in una delle condizioni di cui al comma 1, è assegnato ad altra struttura organizzativa già esistente presso la stessa azienda sanitaria, in posizione compatibile con i requisiti professionali posseduti.

3. Per le finalità di cui al comma 1, possono essere attivate anche procedure di mobilità interaziendale esclusivamente su base volontaria e nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti <sup>(133)</sup>.

---

(133) Articolo aggiunto dall'art. 7, L.R. 9 novembre 2009, n. 65.

---

### **Art. 56**

#### *Funzioni di pianificazione, programmazione e controllo* <sup>(134)</sup>.

1. Le aziende sanitarie, 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 operativa <sup>(135)</sup>.

1-bis. Le aziende unità sanitarie locali concorrono alla programmazione delle attività territoriali attraverso la partecipazione alle società della salute, ove costituite. Tale programmazione è coordinata con le funzioni di cui al comma 1 <sup>(136)</sup>.

2. [Le aziende ospedaliero-universitarie articolano le proprie attività secondo le funzioni di cui al comma 1, lettere a), b) e d)] <sup>(137)</sup>.

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] <sup>(138)</sup>.

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.

---

(134) Rubrica così sostituita dall'*art. 46, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «Funzioni gestionali».

(135) Comma così sostituito dall'*art. 46, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(136) Comma aggiunto dall'*art. 46, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(137) Comma abrogato dall'*art. 46, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(138) Comma abrogato dall'*art. 46, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 responsabile di zona e il direttore dei servizi sociali<sup>(139)</sup>

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.

---

(139) Il presente comma, già corretto con avviso di rettifica pubblicato nel B.U. 27 febbraio 2006, n. 5, parte prima, poi modificato dall'*art. 15, L.R. 27 luglio 2007, n. 40*, è stato successivamente così sostituito dall'*art. 47, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo precedente era così formulato: «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 64. 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.».

---

### **Art. 58**

#### *Funzioni operative.*

1. Le funzioni operative delle aziende sanitarie sono quelle indicate dal repertorio allegato al piano sanitario e sociale integrato regionale<sup>(140)</sup>.

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.

---

(140) Comma così modificato dall'*art. 48, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

(giurisprudenza)

### **Art. 59**

#### *Direzione di strutture organizzative sanitarie<sup>(141)</sup>.*

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. n. 517/1999 sono conferiti ai professori e ai ricercatori universitari, di cui allo stesso articolo 5, che svolgono un'attività assistenziale esclusiva per tutta la durata dell'incarico.

---

(141) Per l'interpretazione autentica del presente articolo, vedi l'art. 6, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67.

---

#### **Art. 59-bis**

*Conferimento dell'incarico dirigenziale di direttore di struttura complessa di aziende sanitarie.*

1. L'incarico di direzione di struttura complessa è conferito, ai dirigenti del ruolo sanitario in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 484/1997, a seguito di avviso nella Gazzetta ufficiale della Repubblica Italiana, dal direttore generale dell'azienda sanitaria competente, con atto motivato sulla base della relazione istruttoria e illustrativa della commissione tecnica di cui al comma 3, alla quale compete l'accertamento dell'idoneità dei candidati.

2. La commissione tecnica redige la relazione di cui al comma 1, sulla base dei criteri previsti dal D.P.R. 484/1997, a seguito di un colloquio e dell'esame del curriculum professionale, con particolare riferimento alla casistica certificata e all'attività didattica e scientifica documentata.

3. La commissione tecnica è costituita dopo la scadenza dei termini per la presentazione delle domande. La commissione tecnica, nominata dal direttore generale, è composta dal direttore sanitario con funzioni di presidente e da due dirigenti dei ruoli del personale del servizio sanitario, preposti ad una struttura complessa della disciplina oggetto di incarico. I due componenti sono scelti tramite sorteggio tra i dirigenti iscritti nei ruoli nominativi regionali. Il sorteggio è effettuato con le medesime modalità previste dalla normativa vigente per i concorsi per dirigente del ruolo sanitario. Per ciascuna componente è individuato, con le medesime modalità un supplente.

4. Restano valide le nomine delle commissioni effettuate anteriormente alla data di entrata in vigore della presente legge<sup>(142)</sup>.

---

(142) Articolo aggiunto dall'art. 49, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

## **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 e sociale integrato 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<sup>(143)</sup>.

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 e sociale integrato 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<sup>(144)</sup>.

6. Il piano sanitario e sociale integrato 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<sup>(145)</sup>.

7. Il piano sanitario e sociale integrato 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*<sup>(146)</sup>.

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 é inserita nel repertorio con le procedure previste per l'attuazione del piano sanitario e sociale integrato regionale<sup>(147)</sup>.

---

(143) Comma così modificato dall'*art. 50, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(144) Comma così modificato dall'*art. 50, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(145) Comma così modificato dall'*art. 50, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(146) Comma così modificato dall'*art. 50, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(147) Comma così modificato dall'*art. 50, commi 5 e 6, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

---

## **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. n. 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 e sociale integrato regionale<sup>(148)</sup>;

c) ad un collaboratore professionale, esperto delle professioni sanitarie o sociali di cui alla *L. n. 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. n. 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.

---

(148) Lettera così modificata dall'*art. 51, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

---

### 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 di cui all'articolo 68, comma 2, lettera a) <sup>(149)</sup>;
- 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).

---

(149) Numero così sostituito dall'*art. 52, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «2) le aree funzionali di cui all'articolo 68, comma 2, lettera b).».

---

#### **Art. 64**

##### *Zona-distretto.*

1. Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio regionale, su proposta della Giunta regionale, previo parere della conferenza regionale delle società della salute.

2. Le zone-distretto:

a) valutano i bisogni sanitari e sociali della comunità e definiscono le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari a soddisfare i bisogni assistenziali della popolazione di riferimento;

b) assicurano 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) assicurano 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) sviluppano iniziative di educazione sanitaria e di informazione agli utenti sulle attività svolte dal servizio sanitario regionale;

e) garantiscono l'accesso alle prestazioni offerte dai presidi distrettuali ed a quelle rese dagli altri presidi aziendali;

f) assicurano il coordinamento tra le attività ospedaliere, le attività territoriali e quelle di prevenzione.

3. A ciascuna zona-distretto è preposto un responsabile di zona, nominato dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale, che agisce sulla base e nei limiti della delega conferitagli dal direttore generale medesimo.

4. Il responsabile di zona 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 tra l'azienda unità sanitaria locale e gli enti locali;

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

5. Nel territorio della zona-distretto il responsabile di zona è coadiuvato da un comitato 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, designato dalla consulta del terzo settore, laddove costituita la società della salute;

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, tra i direttori delle corrispondenti unità operative professionali;

e) i responsabili delle unità funzionali che operano nei settori di cui all'articolo 66, comma 4.

6. Il responsabile di zona, per le funzioni gestionali, è coadiuvato da un ufficio di direzione zonale composto da:

a) i responsabili delle unità funzionali relative ai settori di attività di cui all'articolo 66, comma 4;

b) un coordinatore per le attività di assistenza infermieristica e un coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa professionale, individuati dal responsabile di zona;

c) un medico referente unico zonale della medicina convenzionata individuato dal responsabile di zona tra i soggetti di cui al comma 5, lettera a).

7. Tra i componenti dell'ufficio di direzione zonale di cui al comma 6 il responsabile di zona individua un coordinatore sanitario ed un coordinatore sociale che lo coadiuvano nell'esercizio delle funzioni di propria competenza.

8. Laddove è costituita la società della salute il coordinatore sociale può essere individuato anche tra il personale della stessa o degli enti consorziati, ed è responsabile delle funzioni di cui all'*articolo 37 della L.R. n. 41/2005*.

9. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni di responsabile di zona, che le esercita sulla base dell'intesa prevista all'articolo 50, comma 6, e ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71-quindecies<sup>(150)</sup> <sup>(151)</sup>.

---

(150) Comma così sostituito dall'*art. 8, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «9. Nelle zone nelle quali sono costituite le società della salute, il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale delega al direttore della società della salute le funzioni del responsabile di zona, che le esercita anche ai sensi del regolamento di cui all'articolo 71-quindecies.».

(151) Articolo così sostituito dall'*art. 53, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nella nota che precede. Il testo originario era così formulato: «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. 64-bis**

#### *Rapporto di lavoro del responsabile di zona.*

1. L'incarico di responsabile di zona può essere conferito a:

a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni maturata nel ruolo dirigenziale;

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) soggetti in possesso dei requisiti richiesti per la nomina a direttore dei servizi sociali di cui all'articolo 40, comma 5;

d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni.

2. Il rapporto di lavoro del responsabile di zona è disciplinato da contratto di diritto privato, redatto secondo uno schema-tipo approvato dalla Giunta regionale nel rispetto delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile.

3. Il trattamento economico del responsabile di zona non può superare quello previsto dalla normativa vigente per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.

4. 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.

5. La nomina a responsabile di zona dei 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 <sup>(152)</sup>.

---

(152) Articolo aggiunto dall'art. 54, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **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] <sup>(153)</sup>.

---

(153) Articolo abrogato dall'art. 55, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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 <sup>(154)</sup>;

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 il responsabile di zona assicura il coordinamento delle unità funzionali che operano nei seguenti settori di attività <sup>(155)</sup>:

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

4-bis. Nelle zone-distretto dove sono costituite le società della salute il coordinamento fra le unità funzionali dell'azienda unità sanitaria locale di cui al comma 4 e quelle istituite nelle società della salute è assicurato dal direttore della società della salute <sup>(156)</sup>.

---

(154) Lettera così sostituita dall'*art. 56, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «a) negozia il budget con il responsabile di zona-distretto ed è responsabile dello stesso.».

(155) Alinea così modificato dall'*art. 56, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(156) Comma aggiunto dall'*art. 56, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 delle persone con disabilità funzionali, anche in coerenza con gli obiettivi di salute e di benessere di cui all'articolo 21, comma 2, lettera a) dei portatori di menomazioni <sup>(157)</sup>.

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 e medicina dello sport;
- b) alimenti e nutrizione;

- c) igiene degli alimenti di origine animale, sanità animale, igiene degli allevamenti e zootecnia;
- d) prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- e) medicina legale.

Ogni azienda unità sanitaria locale costituisce settori che comprendono le attività di cui alle lettere precedenti <sup>(158)</sup>.

3-bis. Nei dipartimenti di prevenzione delle aziende unità sanitarie locali 2, 7 e 10 è presente la struttura complessa Laboratorio di sanità pubblica di area vasta (LSPAV) istituita per l'individuazione e la determinazione del rischio biologico, chimico e fisico nell'ambito delle attività di prevenzione collettiva. I tre LSPAV costituiscono sul territorio regionale un servizio a rete che opera secondo un unico sistema di gestione della qualità. È istituita la funzione regionale di coordinamento della rete dei LSPAV, al fine di assicurare le modalità operative di raccordo, nonché razionalizzare e programmare la ripartizione delle risorse, degli investimenti e delle attività <sup>(159)</sup>.

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 e sociale integrato 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 <sup>(160)</sup>.

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 dei programmi di educazione alla salute, in sede aziendale e della società della salute <sup>(161)</sup>;

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 e sociale integrata 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 <sup>(162)</sup>.

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. Nelle aziende unità sanitarie locali 2, 7 e 10, il direttore del LSPAV fa parte del comitato direttivo del dipartimento di prevenzione <sup>(163)</sup>.

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 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 e il direttore del LSPAV titolare della funzione regionale di coordinamento della rete dei LSPAV <sup>(164)</sup>.

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.

---

(157) Comma così modificato dall'art. 57, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(158) Comma così sostituito dall'art. 57, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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;

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

(159) Comma aggiunto dall'*art. 57, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(160) Comma così modificato dall'*art. 57, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(161) Lettera così sostituita dall'*art. 57, comma 5, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «c) concorre per quanto di competenza alla definizione in sede aziendale dei programmi di educazione alla salute.».

(162) Comma così modificato dall'*art. 57, comma 6, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(163) Periodo aggiunto dall'*art. 57, comma 7, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(164) Comma così modificato dapprima dall'*art. 7, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67* e poi dall'*art. 57, comma 8, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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. 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 <sup>(165)</sup>:

a) organizzazione funzionale per aree di assistenza omogenee costituite in modo da favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multiprofessionale <sup>(166)</sup>;

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, costituite ai sensi del comma 2, lettera a), 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 <sup>(167)</sup>.

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.

---

(165) Alinea così sostituito dall'art. 58, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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:».

(166) Lettera così sostituita dall'*art. 58, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(167) Comma così modificato dall'*art. 58, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

### **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. n. 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. n. 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 e sociale integrata regionale <sup>(168)</sup>.

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'urgenza, 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.

---

(168) Comma così modificato dall'art. 59, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Capo III-bis - Società della salute <sup>(169)</sup>**

#### **Art. 71-bis**

*Società della salute: finalità e funzioni.*

1. I comuni, compresi negli ambiti territoriali della medesima zona-distretto, e le aziende unità sanitarie locali, fermo restando il rispetto dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza ed il libero accesso alle cure, costituiscono, con le modalità di cui all'articolo 71-quater, comma 1, appositi organismi consortili denominati società della salute, al fine di:

a) consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza degli enti locali, evitando duplicazioni di funzioni tra gli enti associati;

b) assicurare il governo dei servizi territoriali e le soluzioni organizzative adeguate per assicurare la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale;

c) rendere la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione;

d) promuovere l'innovazione organizzativa, tecnica e gestionale nel settore dei servizi territoriali di zona-distretto;

e) sviluppare l'attività e il controllo sia sui determinanti di salute che sul contrasto delle disuguaglianze, anche attraverso la promozione delle attività di prevenzione, lo sviluppo della sanità di iniziativa, il potenziamento del ruolo della medicina generale e delle cure primarie.

2. La società della salute è costituita in forma di consorzio, ai sensi della vigente normativa in materia di enti locali, tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio delle attività sanitarie territoriali, sociosanitarie e sociali integrate.

3. La società della salute esercita funzioni di:

a) indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal piano sanitario e sociale integrato nonché di quelle del sistema integrato di interventi e servizi sociali di competenza degli enti locali;

b) programmazione operativa e attuativa annuale delle attività di cui alla lettera a), inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete delle cure primarie;

c) organizzazione e gestione delle attività sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3-septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale;

d) organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale;

e) controllo, monitoraggio e valutazione in rapporto agli obiettivi programmati.

4. Fatto salvo quanto previsto al comma 3, lettera c), la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall'azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività.

5. La società della salute gestisce unitariamente, per i soggetti aderenti, le attività di cui al comma 3, lettere c) e d), in forma diretta oppure tramite convenzione con l'azienda unità sanitaria locale.

6. La società della salute per la realizzazione delle attività di cui al comma 3, lettera d), può avvalersi anche di altro soggetto istituito dagli enti aderenti prima del 1° gennaio 2008, per le medesime funzioni, che, sulla base di un contratto di servizio, assicura direttamente, tramite la propria organizzazione, l'erogazione delle attività di cura e assistenza di competenza, comprese le prestazioni socio-sanitarie già attivate alla stessa data in servizi residenziali e semiresidenziali.

7. Alla società della salute si applicano le previsioni di cui all'*articolo 12, comma 2, della legge regionale 3 agosto 2004, n. 43 (Riordino e trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza "IPAB". Norme sulle aziende pubbliche di servizi alla persona. Disposizioni particolari per la IPAB "Istituto degli Innocenti di Firenze")*.

8. Nell'esercizio delle sue funzioni la società della salute assicura:

a) il coinvolgimento delle comunità locali, delle parti sociali e del terzo settore nell'individuazione dei bisogni di salute e nel processo di programmazione;

b) la garanzia di qualità e di appropriatezza delle prestazioni;

c) il controllo e la certezza dei costi, nei limiti delle risorse individuate a livello regionale, comunale e aziendale;

d) l'universalismo e l'equità di accesso alle prestazioni <sup>(170)</sup>.

---

(169) Capo aggiunto dall'*art. 60, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, comprendente gli articoli da 71-bis a 71-octiesdecies (aggiunti, a loro volta, dagli articoli da 61 a 77 della stessa legge).

(170) Articolo aggiunto dall'art. 61, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-ter**  
*Governo della domanda.*

1. Il governo della domanda è tema costitutivo dell'impianto analitico, degli obiettivi e delle azioni del piano sanitario e sociale integrato regionale nelle zone-distretto ove è costituita la società della salute.

2. La società della salute esercita il governo dell'offerta di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali e della domanda complessivamente espressa nel territorio, attraverso:

a) lo sviluppo, nell'ambito della medicina generale, di modelli organizzativi basati sul lavoro associato e multi professionale e sull'approccio proattivo;

b) la stipula di accordi con i medici di medicina generale finalizzati ad incentivare obiettivi di qualità e continuità delle cure;

c) l'analisi dei consumi sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento relativamente alle tipologie e ai volumi delle prestazioni specialistiche, diagnostiche ed ospedaliere in rapporto al fabbisogno di zona ed alle indicazioni regionali;

d) il coordinamento delle funzioni finalizzate ad assicurare la continuità assistenziale e la definizione di protocolli operativi, in particolare per i soggetti in dimissione dagli ospedali, favorendo l'integrazione con i progetti sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali <sup>(171)</sup>.

---

(171) Articolo aggiunto dall'art. 62, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-quater**  
*Costituzione della società della salute.*

1. La costituzione del consorzio denominato "società della salute" avviene:

a) per quanto riguarda i comuni, per adesione volontaria;

b) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, tramite il direttore generale, nel rispetto delle direttive regionali.

2. Ai fini della costituzione della società della salute gli enti interessati approvano contestualmente, con le modalità di cui ai commi 3 e 4:

a) la convenzione, da stipulare fra tutti gli aderenti, che disciplina i rapporti tra i soggetti aderenti al consorzio ed i reciproci impegni finanziari nel rispetto delle disposizioni della normativa regionale;

b) lo statuto, che contiene le norme sull'organizzazione e sul funzionamento della società della salute, nonché gli elementi individuati in forma prescrittiva dalla presente legge.

3. I consigli comunali approvano la convenzione unitamente allo statuto del consorzio, ai sensi della normativa vigente in materia di enti locali.

4. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale approva la convenzione unitamente allo statuto del consorzio.

5. Per la costituzione della società della salute devono aderire non meno del 75 per cento dei comuni di un ambito territoriale, oppure in rappresentanza almeno del 75 per cento della popolazione, oltre all'azienda unità sanitaria locale territorialmente competente <sup>(172)</sup>.

---

(172) Articolo aggiunto dall'art. 63, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-quinquies**  
*Organi della società della salute.*

1. Sono organi della società della salute:

a) l'assemblea dei soci;

b) la giunta esecutiva;

c) il presidente;

d) il direttore;

e) il collegio sindacale <sup>(173)</sup>.

---

(173) Articolo aggiunto dall'art. 64, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-sexies**  
*Assemblea dei soci.*

1. L'assemblea dei soci è composta dal direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale e dal sindaco o da un componente della giunta di ciascun comune aderente <sup>(174)</sup>.
2. Le quote di partecipazione dei singoli soci sono determinate:
  - a) per quanto riguarda l'azienda unità sanitaria locale, nella percentuale pari ad un terzo del totale;
  - b) per quanto riguarda i comuni interessati, secondo le modalità stabilite negli atti istitutivi della società della salute.
3. L'assemblea dei soci esercita le seguenti funzioni:
  - a) detta indirizzi programmatici e direttive nei confronti della giunta esecutiva;
  - b) elegge i componenti della giunta esecutiva;
  - c) elegge il presidente della società della salute tra i componenti dell'assemblea <sup>(175)</sup>.
4. L'assemblea dei soci, in particolare, approva:
  - a) a maggioranza [dei componenti] <sup>(176)</sup> i provvedimenti indicati negli atti istitutivi della società della salute;
  - b) a maggioranza qualificata superiore ai due terzi [dei componenti] <sup>(177)</sup> i seguenti atti:
    - 1) piano integrato di salute;
    - 2) relazione annuale sullo stato di salute;
    - 3) bilancio preventivo annuale e pluriennale e bilancio di esercizio <sup>(178)</sup>;
    - 4) regolamenti di accesso ai servizi;
    - 5) ogni altro atto di programmazione che preveda l'impegno finanziario a carico dei soggetti aderenti alla società della salute.
5. L'approvazione degli atti di programmazione, tra cui la proposta del piano integrato di salute, avviene previo parere dei consigli comunali da esprimere entro trenta giorni dal loro ricevimento. I bilanci e i regolamenti approvati sono trasmessi ai consigli comunali degli enti aderenti per conoscenza, nonché per l'adozione degli atti eventualmente previsti dagli statuti degli stessi comuni.
6. Per l'approvazione del piano integrato di salute l'assemblea dei soci è integrata dai sindaci dei comuni che non hanno aderito alla società della salute.

7. All'assemblea dei soci della società della salute è invitato il presidente della provincia per il coordinamento con le funzioni di cui all'*articolo 13 della L.R. n. 41/2005* <sup>(179)</sup>.

---

(174) Comma così sostituito dall'*art. 9, comma 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «1. L'assemblea dei soci è composta dai rappresentanti legali di tutti gli enti aderenti.».

(175) Lettera così sostituita dall'*art. 9, comma 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «c) elegge il presidente della società della salute tra i rappresentanti dei comuni aderenti.».

(176) Parole soppresse dall'*art. 9, comma 3, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(177) Parole soppresse dall'*art. 9, comma 3, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(178) Numero così modificato dall'*art. 9, comma 4, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(179) Articolo aggiunto dall'*art. 65, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'*art. 60* della stessa legge), poi così modificato come indicato nelle note che precedono.

---

### **Art. 71-septies** *Giunta esecutiva.*

1. La giunta esecutiva è composta di tre componenti, salva diversa composizione stabilita dallo statuto; ne fanno parte il presidente ed il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale o suo delegato; i restanti componenti sono eletti dalla assemblea dei soci al proprio interno <sup>(180)</sup>.

2. La giunta esecutiva, nell'ambito degli indirizzi programmatici e delle direttive dell'assemblea dei soci, adotta gli atti ed i provvedimenti necessari alla gestione amministrativa della società della salute che non siano riservati dalla legge o dallo statuto alla competenza degli altri organi consortili.

3. La giunta esecutiva in particolare:

- a) adotta programmi esecutivi, progetti ed atti d'indirizzo per la gestione;
  - b) propone la nomina del direttore della società della salute;
  - c) adotta ogni altro provvedimento indicato nello statuto <sup>(181)</sup>.
- 

(180) Comma così modificato dall'*art. 10, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(181) Articolo aggiunto dall'art. 66, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge), poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

**Art. 71-octies**

*Presidente della società della salute.*

1. Il presidente della società della salute ha la rappresentanza generale del consorzio ed esercita le seguenti funzioni:

a) nomina, su proposta della giunta esecutiva, il direttore della società della salute;

b) compie gli atti che gli sono demandati dallo statuto o da deliberazioni dell'assemblea dei soci;

c) promuove la consultazione sugli atti di indirizzo e di programmazione con la società civile, i soggetti del terzo settore e gli organismi costituiti nella società della salute per favorire la partecipazione ai sensi dell'articolo 71-undecies.

2. Il presidente assicura il collegamento tra l'assemblea dei soci e la giunta esecutiva, coordinando l'attività di indirizzo, programmazione e governo con quella di gestione e garantendo l'unità delle attività della società della salute <sup>(182)</sup>.

---

(182) Articolo aggiunto dall'art. 67, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-novies**

*Direttore della società della salute.*

1. Il direttore della società della salute è nominato dal presidente della società della salute, su proposta della giunta esecutiva e previa intesa con il Presidente della Giunta regionale.

2. L'incarico di direttore della società della salute può essere conferito a:

a) un dirigente dipendente del servizio sanitario regionale o del comune con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni maturata nel ruolo dirigenziale;

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) soggetti in possesso dei requisiti richiesti per la nomina a direttore dei servizi sociali di cui all'articolo 40, comma 5;

d) un medico di base convenzionato da almeno dieci anni.

3. L'incarico di direttore della società della salute è regolato da un contratto di diritto privato stipulato con il legale rappresentante della società della salute con l'osservanza delle norme di cui al libro V, titolo II, del codice civile, il cui schema-tipo viene approvato dalla Giunta regionale.

4. Il trattamento economico del direttore della società della salute è determinato in misura non superiore a quello previsto dalla normativa vigente per il direttore amministrativo delle aziende sanitarie.

4-bis. La nomina a direttore della società della salute dei dipendenti della Regione, di un ente o azienda regionale o di azienda sanitaria con sede nel territorio regionale è subordinata al collocamento in aspettativa senza assegni con diritto al mantenimento del posto<sup>(183)</sup>.

5. Il direttore della società della salute predispone gli atti di programmazione e ne cura l'attuazione, assicura la programmazione e la gestione operativa delle attività di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettere c) e d), esercita la direzione amministrativa e finanziaria della società della salute; in particolare:

a) predispone il piano integrato di salute;

b) predispone lo schema della relazione annuale della società della salute;

c) predispone il bilancio di previsione annuale e pluriennale, il programma di attività ed il bilancio di esercizio della società della salute;

d) predispone gli atti di programmazione operativa ed attuativa annuale e negozia con i responsabili delle strutture organizzative delle aziende unità sanitarie locali il budget di competenza;

e) predispone gli altri atti di competenza della giunta esecutiva e dell'assemblea dei soci;

f) assume tutti i provvedimenti di attuazione delle deliberazioni degli organi della società della salute;

g) dirige le strutture individuate dall'atto di cui all'articolo 71-quindecies, comma 1;

h) esercita le funzioni di responsabile di zona ai sensi dell'articolo 64, comma 8;

i) può rappresentare in giudizio la società della salute, per gli atti di propria competenza, secondo quanto previsto dallo statuto<sup>(184)</sup>.

---

(183) Comma aggiunto dall'art. 11, L.R. 9 novembre 2009, n. 65.

(184) Articolo aggiunto dall'art. 68, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge), poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

**Art. 71-decies**  
*Collegio sindacale* <sup>(185)</sup>.

1. Nelle società della salute che esercitano direttamente le funzioni gestionali attribuite ai sensi dell'articolo 71-bis, comma 3, lettere c) e d) è istituito il collegio sindacale.
2. Il collegio sindacale è nominato dall'assemblea dei soci ed è composto da tre membri di cui uno designato dall'azienda sanitaria territorialmente competente. Esercita il controllo sulla regolarità contabile e finanziaria della gestione della società della salute.
3. L'attività del collegio sindacale è disciplinata dalla legge e dallo statuto della società della salute.
4. Nell'esercizio delle funzioni, il collegio sindacale può accedere agli atti ed ai documenti del consorzio e degli enti consorziati, connessi alla sfera delle sue competenze, e presentare relazioni e documenti all'assemblea dei soci.
5. Il collegio sindacale può essere invitato ad assistere alle sedute dell'assemblea dei soci.
6. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio sindacale è fissata in misura non superiore al 10 per cento degli emolumenti spettanti al direttore della società della salute. Al presidente del collegio sindacale compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti <sup>(186)</sup>.

---

(185) Articolo aggiunto dall'art. 69, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge), poi così modificato come indicato nella nota che segue.

(186) Comma così sostituito dall'art. 48, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, poi così modificato dall'art. 130, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 155 della stessa legge). Il testo precedente era così formulato: «6. L'indennità annua lorda spettante ai componenti del collegio sindacale è fissata in misura non superiore al 10 per cento degli emolumenti del direttore della società della salute. Al presidente del collegio sindacale compete una maggiorazione pari al 20 per cento dell'indennità fissata per gli altri componenti.».

---

**Art. 71-undecies**  
*Le forme di partecipazione.*

1. In ciascuna società della salute è istituito il comitato di partecipazione, composto da membri nominati dall'assemblea della società della salute tra i rappresentanti della comunità locale, espressione di soggetti della società che rappresentano l'utenza che usufruisce dei servizi, nonché espressione dell'associazionismo di tutela e di promozione e sostegno attivo, purché non erogatori di prestazioni. Il comitato elegge al proprio interno un presidente che ha il compito di convocare le riunioni del comitato.

2. Sono compiti del comitato di partecipazione:

a) avanzare proposte per la predisposizione degli atti di programmazione e governo generale;

b) esprimere parere sulla proposta di PIS e sullo schema di relazione annuale della società della salute entro trenta giorni dal loro ricevimento;

c) esprimere pareri sulla qualità e quantità delle prestazioni erogate e sulla relativa rispondenza tra queste ed i bisogni dell'utenza, nonché sull'efficacia delle informazioni fornite agli utenti e su ogni altra tematica attinente al rispetto dei diritti dei cittadini ed alla loro dignità;

d) redigere, anche formulando specifiche osservazioni e proposte, un proprio rapporto annuale sulla effettiva attuazione del PIS e sullo stato dei servizi locali, che è trasmesso agli organi della società della salute, alle organizzazioni sindacali e alle altre parti sociali.

3. Il comitato di partecipazione ha il potere di accedere ai dati statistici di natura epidemiologica e di attività che costituiscono il quadro di riferimento degli interventi sanitari e sociali della zona-distretto e richiedere specifiche analisi e approfondimenti al direttore della società della salute.

4. In ciascuna società della salute, nominata dall'assemblea della società della salute, è istituita la consulta del terzo settore dove sono rappresentate le organizzazioni del volontariato e del terzo settore che sono presenti in maniera rilevante nel territorio e operano in campo sanitario e sociale.

5. La consulta del terzo settore elegge al proprio interno il presidente ed esprime proposte progettuali per la definizione del piano integrato di salute.

6. La società della salute promuove la partecipazione dei cittadini e degli operatori alle scelte delle società della salute stesse, delle aziende unità sanitarie locali di riferimento e della Regione.

7. La promozione della partecipazione di cui al comma 6, si esplica attraverso l'attività di comunicazione da parte della società della salute dei dati epidemiologici necessari a sviluppare la consapevolezza nei cittadini dell'incidenza degli stili di vita corretta e della salubrità dell'ambiente sulla salute. La società della salute inserisce i dati epidemiologici in rete e mette a disposizione dei cittadini strumenti informatici e un operatore per l'utilizzo dei medesimi, al fine di garantire la reale disponibilità degli stessi dati.

8. Al fine di assicurare la partecipazione dei cittadini, la società della salute mette a disposizione locali idonei per incontri pubblici, convegni e seminari sulla salute, l'organizzazione sanitaria e la promozione di corretti stili di vita. Per assemblee pubbliche sui temi inerenti la salute, compreso il dibattito sul funzionamento del sistema sanitario, la società della salute predispone idonei locali attrezzati per lo svolgimento delle stesse e provvede alla pubblicizzazione delle assemblee attraverso idonei strumenti anche cartacei.

9. Al fine di garantire le finalità di cui al comma 6 e assicurare uno scambio diretto di esigenze, opinioni e critiche, le società della salute, con il coordinamento dell'azienda unità sanitaria locale di riferimento, promuovono due "agorà della salute" all'anno, aperte alla popolazione in cui è assicurata la presenza, almeno in una, degli assessori regionali di riferimento <sup>(187)</sup>.

---

(187) Articolo aggiunto dall'art. 70, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

#### **Art. 71-duodecies**

*Compensi ai componenti degli organi.*

1. Ai componenti degli organi della società della salute non spetta alcun compenso, salvo quanto stabilito per il direttore della società della salute ai sensi dell'articolo 71-novies e per i componenti del collegio sindacale ai sensi dell'articolo 71-decies, comma 6 <sup>(188)</sup>.

---

(188) Articolo aggiunto dall'art. 71, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

#### **Art. 71-terdecies**

*Contabilità della società della salute.*

1. La società della salute adotta una contabilità economica; in particolare, adotta bilanci economici di previsione pluriennali e annuali ed il bilancio di esercizio, sulla base di uno schema tipo approvato con deliberazione della Giunta regionale.

2. La società della salute adotta inoltre il sistema del budget come strumento di controllo della domanda e dell'allocazione delle risorse <sup>(189)</sup>.

---

(189) Articolo aggiunto dall'art. 72, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

#### **Art. 71-quaterdecies**

*Finanziamento della società della salute.*

1. La società della salute è finanziata:

a) dalla quota del fondo sanitario regionale, determinata dal piano sanitario e sociale integrato regionale, finalizzata a finanziare le attività individuate dal piano sanitario e sociale integrale regionale ai sensi dell'articolo 71-bis, comma 3, lettera c);

b) dalla quota del fondo sociale regionale determinata ai sensi della lettera a);

c) da conferimenti degli enti consorziati previsti nella convenzione;

d) da risorse destinate all'organizzazione e gestione dei servizi di assistenza sociale individuati dai comuni consorziati ai sensi dell'articolo 71-bis, comma 3, lettera d).

2. I beni immobili e gli altri beni dei comuni e delle aziende sanitarie che sono funzionali allo svolgimento delle attività delle società della salute sono concessi alle stesse in comodato d'uso gratuito per tutta la durata del consorzio <sup>(190)</sup>.

---

(190) Articolo aggiunto dall'art. 73, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-quindecies**  
*Gli assetti organizzativi.*

1. La società della salute disciplina con proprio regolamento l'organizzazione interna e dei servizi sanitari e sociali integrati di cui assume la gestione diretta, ai sensi dell'articolo 71-bis, comma 5.

2. Il regolamento di cui al comma 1 disciplina:

a) i criteri di costituzione delle strutture organizzative operative e di quelle di supporto tecnico-amministrativo;

b) la composizione dell'ufficio di direzione zonale di cui all'articolo 64, comma 6;

c) le modalità di integrazione fra le strutture delle aziende unità sanitaria locali e quelle della società della salute.

3. La costituzione delle strutture organizzative delle società della salute deve evitare duplicazioni tra la società della salute ed enti consorziati.

4. Nelle società della salute gli incarichi di direzione delle strutture di cui al comma 2, lettera a), sono attribuiti dal direttore della società della salute nel rispetto delle disposizioni contenute nel contratto collettivo nazionale di riferimento.

5. Nelle società della salute che svolgono esclusivamente le funzioni di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettere a) e b), sono costituite le strutture operative necessarie alle funzioni amministrative, di supporto agli organi e per lo svolgimento dei compiti di programmazione.

6. Per lo svolgimento delle funzioni di cui all'articolo 71-bis, comma 3, le società della salute si avvalgono delle risorse strumentali messe a disposizione dagli enti consorziati, nei modi e con le procedure individuate nella convenzione di cui all'articolo 71-quater, comma 2, lettera a) <sup>(191)</sup>.

---

(191) Articolo aggiunto dall'art. 74, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

### **Art. 71-sexies decies**

#### *Personale.*

1. Il personale della società della salute è assunto secondo la normativa vigente, previa verifica della disponibilità di personale presso gli enti consorziati ed espletamento delle procedure. In caso di assunzioni dirette, ovvero di trasferimenti, al personale dipendente delle società della salute si applica, in via transitoria e fino alla ridefinizione da parte dell'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni (ARAN) del contratto collettivo nazionale di lavoro (CCNL), il contratto relativo al personale del servizio sanitario nazionale <sup>(192)</sup>.

---

(192) Articolo aggiunto dall'art. 75, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

### **Art. 71-septies decies**

#### *Partecipazione delle province.*

1. Le province concorrono alla definizione della programmazione di ambito zonale, per le proprie competenze, secondo le modalità previste dall'articolo 12, comma 6, e dall'articolo 71-sexies, comma 7.

2. Le province e le società della salute, in relazione ai contenuti del piano integrato di salute ed all'attività dell'osservatorio sociale provinciale di cui all'articolo 40 della L.R. n. 41/2005, concludono specifici accordi con riferimento al periodo di validità della programmazione territoriale <sup>(193)</sup>.

---

(193) Articolo aggiunto dall'art. 76, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**Art. 71-octies decies**  
*Sistema informativo.*

1. Le società della salute aderiscono alla rete telematica regionale ed adottano soluzioni tecnologiche ed informative nel rispetto degli standard regionali assunti nell'ambito della medesima rete, secondo quanto previsto dalla *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")<sup>(194)</sup>.

---

(194) Articolo aggiunto dall'art. 77, L.R. 10 novembre 2008, n. 60, nell'ambito del capo III-bis del titolo V (aggiunto, a sua volta, dall'art. 60 della stessa legge).

---

**TITOLO VI**

**Presidi e prestazioni**

**Capo I - Presìdi**

**Art. 72**  
*Presìdi.*

1. Sono presìdi 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 presìdi 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 presìdi, 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<sup>(195)</sup>.

---

(195) Comma così sostituito dall'art. 78, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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 delle aziende sanitarie* <sup>(196)</sup>.

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 a 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.
- 

(196) Rubrica così sostituita dall'art. 79, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «Organizzazione e funzionamento dei presidi.».

---

## **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 e sociale integrato 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 <sup>(197)</sup>.

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.

---

(197) Comma così modificato dall'*art. 80, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 sanitaria e sociale integrata regionale, fatte salve le normative vigenti in relazione agli organismi di volontariato e di privato sociale; tali criteri tengono conto, in particolare <sup>(198)</sup>:

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 e sociale integrata regionale <sup>(199)</sup>.

---

(198) Alinea così modificato dall'art. 81, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(199) Comma così modificato dall'art. 81, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **Art. 76-bis**

#### *Fascicolo sanitario elettronico.*

1. Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza, della prevenzione, della diagnosi, della cura e della riabilitazione ed al fine di semplificare l'esercizio del diritto alla salute da parte dell'interessato, è istituito il fascicolo sanitario elettronico.
  2. Il fascicolo sanitario elettronico è l'insieme di dati e documenti di tipo sanitario e sociosanitario in formato elettronico inerenti lo stato di salute di una persona e gli eventi clinici presenti e trascorsi, volti a documentarne la storia clinica.
  3. Il fascicolo sanitario elettronico è attivato con il consenso dell'interessato, che accede ai propri dati sanitari e sociosanitari che vi sono contenuti mediante una carta elettronica compatibile e conforme alla carta nazionale dei servizi di cui al *decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82* (Codice dell'amministrazione digitale). L'attivazione o la mancata attivazione del fascicolo sanitario elettronico non comportano alcun effetto sul diritto di usufruire delle prestazioni del servizio sanitario regionale.
  4. Il fascicolo sanitario elettronico si compone delle informazioni di base indispensabili per il soccorso della persona in situazione di emergenza e degli altri dati sanitari e sociosanitari che lo riguardano e che vanno a farne parte su specifico consenso espresso dall'interessato secondo le modalità organizzative definite dal regolamento di cui al comma 8.
  5. I soggetti del servizio sanitario regionale aderiscono al sistema del fascicolo sanitario elettronico e provvedono alla sua formazione e implementazione.
  6. L'accesso al fascicolo sanitario elettronico avviene esclusivamente con il consenso dell'interessato, secondo le modalità organizzative definite dal regolamento di cui al comma 8.
  7. Il consenso rilasciato dall'interessato ai sensi del comma 3, può essere revocato in qualsiasi momento e determina l'interruzione dell'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e l'oscuramento dei dati in esso contenuti, senza conseguenze in ordine all'erogazione delle prestazioni del servizio sanitario regionale.
  8. Con regolamento regionale, da adottare entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, si individuano i dati e i documenti che confluiscono nel fascicolo sanitario elettronico, le operazioni eseguibili, i soggetti del servizio sanitario regionale che aderiscono al sistema provvedendo alla formazione ed implementazione del fascicolo stesso, nonché le modalità organizzative di espressione del consenso ai sensi dei commi 4 e 6.
  9. La Giunta regionale adotta, con propria deliberazione, le indicazioni operative e le misure tecniche nel rispetto di quanto previsto dal *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali)<sup>(200)</sup>.
-

(200) Articolo aggiunto dall'art. 12, L.R. 9 novembre 2009, n. 65.

---

## **Capo II-bis - Sistema sanitario di emergenza urgenza <sup>(201)</sup>**

### **Art. 76-ter**

*Sistema sanitario di emergenza urgenza <sup>(202)</sup>.*

1. Il sistema sanitario di emergenza urgenza è il sistema, complesso ed unitario, costituito da:

- a) un sistema di allarme sanitario;
- b) un sistema territoriale di soccorso;
- c) un sistema ospedaliero di emergenza.

2. Il sistema di allarme sanitario è composto dalle aziende unità sanitarie locali attraverso le centrali operative territoriali alle quali affluiscono le richieste di intervento sanitario di emergenza tramite il numero unico nazionale. Le centrali operative svolgono le seguenti funzioni:

- a) ricezione della richiesta di intervento;
- b) valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
- c) attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.

3. Il sistema territoriale di soccorso è composto dalle aziende unità sanitarie locali, dai comitati della Croce rossa italiana (CRI) e dalle associazioni di volontariato iscritte nell'elenco di cui all'articolo 76-quinquies.

4. Il sistema territoriale di soccorso, costituito dalle postazioni di emergenza territoriale distribuite sul territorio regionale, dai mezzi di soccorso e dal personale, sanitario e non sanitario, adibito a tale servizio, svolge le seguenti funzioni:

- a) intervento sul luogo ove si verificano eventi di gravità rilevante per la salute di uno o più soggetti;
- b) ripristino e stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse;
- c) trasporto del paziente presso il presidio ospedaliero più idoneo in relazione alle condizioni cliniche del soggetto stesso.

5. Il sistema ospedaliero di emergenza è composto dalle aziende sanitarie. Il sistema ospedaliero di emergenza svolge le seguenti funzioni:

- a) pronto soccorso, come intervento diagnostico-terapeutico di urgenza, accertamento diagnostico, clinico, strumentale e di laboratorio, stabilizzazione del paziente ed eventuale trasporto protetto;

b) intervento diagnostico-terapeutico specialistico, medico, chirurgico, ortopedico, ostetrico e pediatrico;

c) osservazione breve.

---

(201) Capo aggiunto, unitamente alla relativa rubrica, dall'art. 2, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70, comprendente gli articoli da 76-ter a 76-undecies, aggiunti, a loro volta, dai successivi articoli da 3 ad 11 della stessa legge.

(202) Articolo aggiunto dall'art. 3, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

#### **Art. 76-quater**

*Attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale* <sup>(203)</sup>.

1. L'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è quella riferita:

a) ai servizi di trasporto di emergenza urgenza gestiti dalla centrale operativa territoriale;

b) ai servizi di trasporto previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), effettuati tramite ambulanza;

c) ai servizi di trasporto nei quali le condizioni cliniche del paziente richiedono esclusivamente l'utilizzo di un'ambulanza, la necessità dell'assistenza "in itinere" con personale sanitario e/o altro personale adeguatamente formato ai sensi dell'articolo 7, comma 1, lettere b) ed e), della *legge regionale 22 maggio 2001, n. 25* (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario), nonché l'esigenza di garantire la continuità delle cure al fine di non interrompere il percorso assistenziale già intrapreso.

2. Qualora l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale non possa essere assicurata dai soggetti di cui all'articolo 76-ter, comma 3, le aziende unità sanitarie locali, dopo aver esperito ogni utile tentativo per garantire l'attività di trasporto sanitario da parte delle medesime o da parte delle associazioni di volontariato e dei comitati della CRI, possono affidare tale attività a soggetti terzi, a seguito di procedure di evidenza pubblica, garantendo, in ogni caso, gli attuali livelli di qualità del servizio.

---

(203) Articolo aggiunto dall'art. 4, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

**Art. 76-quinquies**  
*Elenco regionale* <sup>(204)</sup>.

1. La Giunta regionale, entro novanta giorni dall'entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all'articolo 76-undecies, effettua la ricognizione delle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della *L.R. n. 25/2001* che svolgono l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale e le inserisce in un apposito elenco, previo assenso e relativa dichiarazione sostitutiva circa il possesso dei requisiti indicati dal regolamento di cui all'articolo 76-undecies.
2. Sono inoltre inseriti nell'elenco, a seguito di specifico accordo con il comitato regionale toscano della CRI, i comitati del medesimo ente.
3. L'elenco regionale di cui al comma 1, è aggiornato con periodicità annuale secondo modalità definite dal regolamento di cui all'articolo 76-undecies.
4. Le associazioni di volontariato e i comitati della CRI inseriti nell'elenco regionale sono soggetti a periodiche verifiche da parte della commissione di vigilanza di cui all'*articolo 5 della L.R. n. 25/2001* finalizzate ad accertare la presenza ed il mantenimento dei requisiti.

---

(204) Articolo aggiunto dall'*art. 5, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70* nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'*art. 2* della stessa legge.

---

**Art. 76-sexies**  
*Programmazione ed organizzazione dei servizi* <sup>(205)</sup>.

1. La programmazione dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale è effettuata dalle aziende sanitarie, previo confronto a livello di area vasta, sulla base delle linee di indirizzo definite dalla Conferenza regionale permanente di cui all'articolo 76-septies.
2. L'organizzazione dei servizi è definita annualmente mediante il piano attuativo ed operativo locale che definisce, in particolare, i protocolli tecnici di gestione del servizio, i criteri per l'assegnazione del budget alle associazioni da parte di ciascuna azienda sanitaria, nonché le azioni di razionalizzazione ed appropriatezza per il rispetto del budget.
3. Il piano annuale attuativo ed operativo locale è proposto dal direttore della centrale operativa, è approvato dal comitato di coordinamento di cui all'articolo 76-octies ed è deliberato con atto del direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale.

---

(205) Articolo aggiunto dall'*art. 6, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70* nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'*art. 2* della stessa legge.

---

**Art. 76-septies**  
*Conferenza regionale permanente* <sup>(206)</sup>.

1. È istituita la Conferenza regionale permanente con compiti di indirizzo, coordinamento e verifica del sistema di emergenza urgenza territoriale, da nominare entro novanta giorni dall'entrata in vigore del regolamento attuativo di cui all'articolo 76-undecies, costituita da:

- a) l'assessore regionale competente, o suo delegato;
- b) i coordinatori dei comitati di area vasta di cui all'articolo 9, comma 4, o loro delegati;
- c) il responsabile dell'Osservatorio permanente del sistema di emergenza urgenza, o suo delegato;
- d) il responsabile del coordinamento regionale delle centrali operative 118, o suo delegato;
- e) i legali rappresentanti, o loro delegati, dei due organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'articolo 76-ter, comma 3, sulla base dei seguenti criteri:
  - 1) rappresentanza di associazioni che esercitano l'attività nel territorio di almeno sette aziende unità sanitarie locali;
  - 2) numero di associazioni rappresentate;
  - f) dal legale rappresentante del comitato regionale della CRI o suo delegato.

2. La Conferenza regionale permanente, in particolare, definisce le linee di indirizzo per la programmazione aziendale, per l'elaborazione dei piani annuali attuativi locali, per la ripartizione delle risorse fra le singole aziende sanitarie e per le azioni di monitoraggio degli obiettivi.

3. Le modalità di funzionamento della Conferenza regionale permanente sono disciplinate da apposito regolamento adottato dalla Conferenza medesima, a maggioranza dei suoi componenti.

4. Ai componenti della Conferenza regionale permanente non competono indennità di presenza o di carica.

5. La Conferenza regionale permanente è aggiornata nella sua composizione ogni due anni.

---

(206) Articolo aggiunto dall'art. 7, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

### **Art. 76-octies**

*Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza* <sup>(207)</sup>.

1. Al fine di garantire la integrazione dei soggetti all'interno del sistema e il necessario coordinamento della programmazione e gestione dei servizi, è costituito, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore del regolamento di cui all'articolo 76-undieces, presso ogni azienda unità sanitaria locale, un comitato di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza urgenza composto:

a) dal direttore sanitario dell'azienda unità sanitaria locale, o suo delegato;

b) dal direttore del dipartimento di emergenza urgenza, o suo delegato;

c) dal direttore della centrale operativa 118, o suo delegato;

d) dal direttore sanitario delle aziende ospedaliere, o suo delegato, negli ambiti territoriali in cui insistono le stesse;

e) dai direttori delle società della salute o, laddove non attivate, dai responsabili delle zone-distretto, o loro delegati;

f) da due membri, o loro delegati, designati dagli organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato, secondo i criteri di cui all'articolo 76-septies, comma 1, lettera e);

g) negli ambiti territoriali delle aziende unità sanitarie locali nei quali hanno sede operativa più di sessanta associazioni di cui all'articolo 76-ter, comma 3, da un membro ulteriore designato dall'organismo maggiormente rappresentativo delle associazioni aventi sede operativa nel territorio dell'azienda unità sanitaria locale e non aderenti agli organismi di cui alla lettera f), laddove esistente, sulla base del numero di interventi realizzati nell'anno solare precedente la costituzione o il rinnovo del comitato;

h) da un membro designato dal comitato regionale della CRI, o suo delegato.

2. Il comitato di coordinamento svolge le seguenti funzioni:

a) approva il piano attuativo ed operativo locale, di cui all'articolo 76-sexies, comma 2, proposto dal direttore della centrale operativa 118, sulla base della programmazione aziendale e degli indirizzi della Conferenza regionale permanente;

b) definisce i criteri di assegnazione del budget alle associazioni, da parte di ciascuna azienda sanitaria;

c) mette in atto le necessarie azioni di razionalizzazione, innovazione ed appropriatezza degli interventi per l'ottimizzazione del sistema ed il rispetto del budget, nonché le necessarie azioni di monitoraggio degli obiettivi.

3. Le modalità di funzionamento del comitato di coordinamento sono disciplinate da apposito regolamento adottato dallo stesso, a maggioranza dei suoi componenti, redatto sulla base di linee guida definite dalla Conferenza regionale permanente.

4. Ai componenti del comitato di coordinamento non competono indennità di presenza o di carica.
5. Il comitato di coordinamento è aggiornato nella sua composizione ogni due anni.

---

(207) Articolo aggiunto dall'art. 8, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

#### **Art. 76-novies**

*Sistema budgetario delle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale* <sup>(208)</sup>.

1. I criteri per la formulazione di un sistema budgetario relativo alle attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza territoriale sono definiti mediante il regolamento di cui all'articolo 76-undecies.
2. Il sistema budgetario è strutturato sulla base dei diversi livelli di attività e del relativo fabbisogno sanitario e tiene conto delle caratteristiche della popolazione assistita e dell'ambito territoriale di riferimento. In particolare, sono previsti specifici indici di correzione riferiti ai comuni insulari, ai comuni montani ed ai comuni disagiati di cui alla *legge regionale 27 luglio 2004, n. 39* (Norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazione di disagio. Modifiche alla *legge regionale 7 maggio 1985, n. 57* "Finanziamenti per la redazione e l'attuazione di piani di recupero del patrimonio edilizio esistente". Modifiche alla *legge regionale 2 novembre 1999, n. 58* "Norme sulla tutela dell'artigianato artistico e tradizionale toscano e disposizioni in materia di oneri contributivi per gli apprendisti artigiani").
3. I soggetti del sistema inoltrano alle aziende sanitarie di riferimento, attraverso report periodici, le necessarie informazioni sull'attuazione del budget assegnato, relativamente ai risultati raggiunti ed alle risorse utilizzate.

---

(208) Articolo aggiunto dall'art. 9, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

#### **Art. 76-decies**

*Monitoraggio e valutazione* <sup>(209)</sup>.

1. La Giunta regionale effettua la valutazione ed il monitoraggio dell'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza all'interno del rapporto annuale e della relazione sanitaria aziendale di cui all'articolo 20, comma 1, lettere a) e b).
2. Degli esiti dell'attività di cui al comma 1, è dato conto al Consiglio regionale nell'ambito della relazione sanitaria regionale di cui all'articolo 20, comma 1, lettera d).

---

(209) Articolo aggiunto dall'art. 10, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

---

**Art. 76-undecies**  
*Regolamento di attuazione* <sup>(210)</sup> <sup>(211)</sup>.

1. La Giunta regionale definisce con regolamento di attuazione, da adottarsi entro novanta giorni dalla entrata in vigore della presente legge, in particolare:

a) i requisiti volti a garantire la continuità e la qualità del servizio, necessari ai fini dell'iscrizione nell'elenco regionale di cui all'articolo 76-quinquies;

b) le modalità di aggiornamento dell'elenco regionale, per quanto concerne l'iscrizione, la modifica e la cancellazione;

c) le modalità e le procedure per lo svolgimento della verifica periodica di cui all'articolo 76-quinquies, comma 4;

d) i criteri per la formulazione del budget, di cui all'articolo 76-novies.

---

(210) Articolo aggiunto dall'art. 11, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70 nell'ambito del capo II-bis, aggiunto, a sua volta, dall'art. 2 della stessa legge.

(211) In attuazione del presente articolo vedi il regolamento approvato con *D.P.G.R. 4 gennaio 2012, n. 1/R.*

---

**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 farmaco-vigilanza.

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. n. 347/2001*, convertito con modificazioni dalla *L. n. 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 evidenzia 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 Presidente della Giunta regionale su proposta del Consiglio sanitario regionale e della Direzione generale del Diritto alla salute e politiche di solidarietà <sup>(212)</sup>.

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 farmaco-vigilanza 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 <sup>(213)</sup>.

---

(212) Il presente comma, già sostituito dall'*art. 30, L.R. 24 ottobre 2008, n. 56*, è stato poi nuovamente così sostituito dall'*art. 13, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo precedente era così formulato: «3. I componenti della commissione di cui al comma 2, lettera c), sono nominati dal Presidente della Giunta regionale, su indicazione di candidatura, oltre che dei soggetti di cui all'*articolo 7, comma 3, della L.R. n. 5/2008, del Consiglio sanitario regionale*.».

(213) Comma aggiunto dall'*art. 8, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

---

## 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. L'Agenzia regionale di sanità (ARS) è ente di consulenza sia per la Giunta che per il Consiglio regionale, dotato di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, che svolge attività di studio e ricerca in materia di epidemiologia e verifica di qualità dei servizi sanitari <sup>(214)</sup><sup>(215)</sup>.

---

(214) Comma così modificato dall'*art. 31, L.R. 24 ottobre 2008, n. 56.*

(215) Articolo così sostituito dall'*art. 1, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nella nota che precede. Il testo originario era così formulato: «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. n. 22/2000.*».

---

**Art. 82-bis**  
*Compiti e attribuzioni.*

1. L'ARS offre supporto e consulenza tecnico-scientifica al Consiglio regionale ed alla Giunta regionale nelle materie di propria competenza; in particolare:

- a) effettua studi preparatori per gli atti di programmazione regionale;
- b) contribuisce alla definizione degli indicatori sullo stato di salute della popolazione e sui risultati delle attività del servizio sanitario regionale;
- c) definisce e sviluppa strumenti per l'analisi dei bisogni sanitari e per l'analisi anche economica della domanda e dell'offerta delle prestazioni;
- d) contribuisce alla elaborazione di strumenti per la promozione e l'educazione alla salute al fine del miglioramento del quadro epidemiologico;
- e) svolge analisi e individua strumenti per verificare la qualità, l'equità di accesso e la rispondenza ai fini della salute dei cittadini dei servizi, delle prestazioni sanitarie e dei presidi farmaceutici, anche in funzione dell'attuazione del processo di accreditamento delle strutture sanitarie, previsto dal decreto delegato <sup>(216)</sup>;
- f) assicura la circolazione delle conoscenze e dei risultati delle proprie attività di analisi e di ricerca.

2. L'ARS svolge, previa comunicazione al Consiglio regionale e alla Giunta regionale, compatibilmente con i compiti di cui al comma 1, anche attività di consulenza, studio e ricerca a favore delle aziende sanitarie, delle società della salute, degli enti locali, nonché a favore di altri soggetti pubblici o privati <sup>(217)</sup>.

---

(216) Lettera così modificata dall'art. 82, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(217) Articolo aggiunto dall'art. 2, L.R. 10 luglio 2006, n. 28, poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

**Art. 82-ter**  
*Strumenti operativi.*

1. Per l'esercizio delle proprie funzioni, l'ARS può:

- a) effettuare sopralluoghi, acquisire notizie e documentazioni, utilizzando anche i dati degli enti, agenzie e fondazioni regionali;
- b) procedere all'acquisizione di dati, attraverso la raccolta diretta e sistematica e l'accesso a banche dati, nonché alla loro elaborazione, pubblicazione e diffusione nei limiti e con le garanzie

previsti dal *decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196* (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dalla *legge regionale 3 aprile 2006, n. 13* (Trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte della Regione Toscana, aziende sanitarie, enti, aziende e agenzie regionali e soggetti pubblici nei confronti dei quali la Regione esercita poteri di indirizzo e di controllo);

- c) provvedere alla gestione di reti di monitoraggio e di altri sistemi di indagine;
- d) promuovere forme di collaborazione con analoghi istituti a livello nazionale <sup>(218)</sup>.

---

(218) Articolo aggiunto dall'*art. 3, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*.

---

**Art. 82-quater**  
*Organi* <sup>(219)</sup>.

1. Sono organi dell'ARS:

- a) il Comitato di indirizzo e controllo;
- b) il Direttore;
- c) il Collegio dei revisori dei conti.

---

(219) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 4, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi così sostituito dall'*art. 49, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «Art. 82-quater. Organi. 1. Sono organi dell'ARS:

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

---

**Art. 82-quinquies**  
*Composizione del Comitato di indirizzo e di controllo* <sup>(220)</sup> <sup>(221)</sup>.

1. Il Comitato di indirizzo e di controllo è così composto <sup>(222)</sup>:

- a) dal presidente, nominato dal Presidente della Giunta regionale;

b) da sette membri nominati dal Consiglio regionale;

c) da un membro nominato dal Consiglio regionale su designazione della conferenza regionale delle società della salute<sup>(223) (224)</sup>.

2. La durata in carica del Comitato di indirizzo e controllo coincide con quella della legislatura regionale<sup>(225)</sup>.

3. Il Comitato di indirizzo e controllo è convocato dal Presidente e si riunisce almeno mensilmente. La convocazione avviene anche su richiesta di tre membri<sup>(226)</sup>.

4. Le sedute sono valide con la presenza della maggioranza dei membri e ad esse partecipano, senza diritto di voto, il direttore dell'ARS ed il vicepresidente del Consiglio sanitario regionale<sup>(227)</sup>.

5. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei presenti<sup>(228)</sup>.

---

(220) Rubrica così modificata dall'*art. 50, comma 1, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge).

(221) Articolo aggiunto dall'*art. 5, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nelle note che seguono.

(222) Alinea così modificato dall'*art. 50, comma 1, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge).

(223) Lettera così modificata dall'*art. 83, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(224) Il presente comma, già modificato per effetto dell'*art. 1, L.R. 10 luglio 2006, n. 29* (il quale ha sostituito la lettera b) nel testo del presente articolo introdotto dall'*art. 5, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*), è stato poi così sostituito dall'*art. 32, L.R. 24 ottobre 2008, n. 56* e successivamente così modificato come indicato nella nota che precede. Il testo precedente era così formulato: «1. Il presidente e il consiglio di amministrazione sono nominati dal Consiglio regionale. Il consiglio di amministrazione è così composto:

a) dal presidente;

b) da sette membri, designati con voto limitato ;

c) da un membro designato dalla conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria.».

(225) Comma così sostituito dall'*art. 50, comma 2, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «2. Il consiglio di amministrazione dura in carica cinque anni.».

(226) Comma così sostituito dall'*art. 50, comma 3, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «3. Il consiglio di amministrazione è convocato dal presidente e si riunisce almeno mensilmente. La convocazione avviene anche su richiesta di tre consiglieri.».

(227) Comma così modificato dall'art. 50, comma 4, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge).

(228) Comma così sostituito dall'art. 50, comma 5, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «5. Le deliberazioni sono adottate a maggioranza dei consiglieri presenti salvo quanto previsto dall'articolo 82-sexies.».

---

### **Art. 82-sexies**

*Competenze del Comitato di indirizzo e controllo. Gettone di presenza*<sup>(229)</sup>.

1. Il Comitato di indirizzo e controllo esercita le funzioni di indirizzo dell'ARS e in particolare:

a) approva, su proposta del Direttore, il programma annuale e pluriennale di attività;

b) approva la relazione annuale dell'attività dell'ARS;

c) valuta, anche sulla base della relazione annuale del Direttore, lo stato di attuazione del programma di attività e propone allo stesso indirizzi operativi utili a garantire il miglior raggiungimento degli obiettivi.

2. Il Comitato di indirizzo e controllo elegge al suo interno il vicepresidente, che sostituisce il presidente in caso di assenza o impedimento temporaneo.

3. Il Presidente del Comitato di indirizzo e controllo:

a) convoca e presiede le sedute del Comitato e ne stabilisce l'ordine del giorno;

b) presenta annualmente alla Giunta regionale, che la trasmette al Consiglio, la relazione sull'attività svolta dall'ARS, di cui al comma 1, lettera b).

4. Al Presidente e agli altri componenti del Comitato di indirizzo e controllo è corrisposto, per ogni giornata di effettiva partecipazione alle sedute del comitato stesso, un gettone di presenza di euro 30,00.

5. Ai soggetti di cui al comma 4, residenti in un comune distante almeno dieci chilometri da quello in cui ha sede l'ente, è dovuto il rimborso delle spese per la partecipazione alle sedute dell'organismo, nella misura stabilita per i dirigenti regionali. Il rimborso non compete nel caso in cui tali soggetti debbano comunque recarsi nel comune in cui ha sede l'ente per il compimento di doveri inerenti la propria attività lavorativa.

---

(229) Il presente articolo, aggiunto dall'art. 6, L.R. 10 luglio 2006, n. 28, è stato poi così sostituito dall'art. 51, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «Art. 82-

sexies. Competenze del consiglio di amministrazione. 1. Il consiglio di amministrazione esercita le funzioni di indirizzo dell'attività dell'ARS; in particolare:

- a) elegge al suo interno il vicepresidente;
  - b) nomina il direttore, su proposta del Presidente della Giunta regionale, e ne determina il trattamento giuridico ed economico, secondo quanto disposto dall'articolo 82-decies;
  - c) adotta, su proposta del direttore, il bilancio preventivo annuale e pluriennale, il programma annuale e pluriennale di attività, il bilancio di esercizio;
  - d) delibera, a maggioranza assoluta, il regolamento dell'ARS;
  - e) nomina, su proposta del direttore ed a maggioranza assoluta, i coordinatori degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies;
  - f) approva la relazione annuale dell'attività dell'ARS;
  - g) valuta, anche sulla base della relazione annuale del direttore, lo stato di attuazione del programma di attività e propone allo stesso indirizzi operativi utili a garantire il miglior raggiungimento degli obiettivi.
2. Al presidente ed ai componenti del consiglio di amministrazione è corrisposta un'indennità di carica nella misura definita con deliberazione della Giunta regionale.».

---

**Art. 82-septies**  
*Presidente*<sup>(230)</sup>.

[1. Il presidente:

- a) rappresenta legalmente l'ARS;
- b) convoca e presiede le sedute del consiglio di amministrazione e ne stabilisce l'ordine del giorno;
- c) presenta annualmente alla Giunta regionale, che la trasmette al Consiglio regionale, una relazione sull'attività svolta dall'ARS;
- d) svolge gli altri compiti previsti dal regolamento di cui all'articolo 82-terdecies.

2. Il vicepresidente sostituisce il presidente in caso di assenza o impedimento; in caso di vacanza dell'organo, svolge le funzioni del presidente fino alla rielezione dello stesso].

---

(230) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 7, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi abrogato dall'*art. 52, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69 della stessa legge*).

---

**Art. 82-octies**

*Collegio dei revisori dei conti* <sup>(231)</sup>.

1. Il collegio dei revisori dei conti è composto da tre membri iscritti nel registro dei revisori contabili <sup>(232)</sup>.
2. Il collegio dei revisori ed il suo presidente sono nominati con deliberazione del Consiglio regionale, adottata con voto limitato.
3. Il collegio resta in carica cinque anni <sup>(233)</sup>.
4. La carica di presidente e di componente del collegio dei revisori è incompatibile con qualunque incarico conferito presso aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliero-universitarie e enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV).
5. Al Presidente e ai membri del Collegio dei revisori è corrisposta un'indennità annua pari rispettivamente al 3 per cento e al 2 per cento dell'indennità spettante al Presidente della Giunta regionale <sup>(234)</sup>.
6. Ai membri del collegio dei revisori residenti in comuni diversi da quelli ove ha sede l'ARS è dovuto, in occasione delle sedute, il rimborso delle spese di viaggio nella misura prevista per i dirigenti regionali.
7. Il collegio dei revisori dei conti:
  - a) controlla la regolarità amministrativa e contabile dell'ARS, con diritto di accesso, agli atti e documenti dell'ARS;
  - b) relaziona sulla conformità del bilancio preventivo e di esercizio alle norme di legge; la relazione è allegata ai predetti atti;
  - c) presenta semestralmente al Consiglio ed alla Giunta regionale una relazione sull'andamento della gestione amministrativa e finanziaria dell'ARS.

---

(231) Articolo aggiunto dall'*art. 8, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nelle note che seguono.

(232) Comma così modificato dall'*art. 53, comma 1, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69 della stessa legge*).

(233) Comma così modificato dall'*art. 53, comma 2, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge).

(234) Comma così sostituito dall'*art. 53, comma 3, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «5. Al presidente ed agli altri componenti del collegio spetta una indennità annua pari al compenso spettante al presidente ed ai componenti del collegio dei revisori dell'Istituto regionale per la programmazione economica della Toscana (IRPET).».

---

### **Art. 82-novies**

#### *Funzioni e competenze del direttore* <sup>(235)</sup>.

1. Il Direttore rappresenta legalmente l'ARS.
2. Il Direttore sovrintende all'attuazione dei programmi, ne assicura la gestione, esercita la direzione amministrativa e finanziaria dell'ARS. In particolare, il Direttore:
  - a) adotta il regolamento di cui all'articolo 82-terdecies;
  - b) propone al Comitato di indirizzo e controllo, di concerto con i responsabili degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies, i programmi di attività dell'ARS;
  - c) adotta il bilancio preventivo economico annuale e pluriennale e il bilancio di esercizio;
  - d) predispone il programma annuale e pluriennale di attività;
  - e) nomina i coordinatori degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies;
  - f) dirige la struttura tecnico-amministrativa di cui all'articolo 82-duodecies, comma 5;
  - g) elabora la relazione annuale sull'attività svolta dall'ARS.

---

(235) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 9, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi così sostituito dall'*art. 54, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «Art. 82-novies. Funzioni e competenze del direttore. 1. Il direttore sovrintende all'attuazione dei programmi, ne assicura la gestione, esercita la direzione amministrativa e finanziaria dell'Agenzia; in particolare, il direttore:

- a) predispone il regolamento di cui all'articolo 82-terdecies;
- b) propone al consiglio di amministrazione, di concerto con i responsabili degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies i programmi di attività dell'Agenzia;

- c) predispone il bilancio di previsione annuale e pluriennale, il programma di attività ed il bilancio di esercizio;
- d) propone al consiglio di amministrazione la nomina dei coordinatori degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies;
- e) dirige la struttura tecnico-amministrativa di cui all'articolo 82-duodecies, comma 5;
- f) elabora la relazione annuale sull'attività svolta dall'ARS.».

---

### **Art. 82-decies**

#### *Nomina e rapporto di lavoro del direttore* <sup>(236)</sup>.

1. Il Direttore è nominato dal Presidente della Giunta regionale fra soggetti in possesso dei requisiti richiesti dalla *legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1* (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale) per il conferimento dell'incarico di dirigente regionale previo parere vincolante della commissione consiliare competente che si esprime entro venti giorni dal ricevimento della proposta di nomina. Decorso inutilmente tale termine il Presidente procede alla nomina <sup>(237)</sup>.
2. Il rapporto di lavoro del direttore è esclusivo ed è regolato con contratto di diritto privato ai sensi e secondo la disciplina di cui al titolo II, libro V del codice civile; il contratto, di durata quinquennale e rinnovabile, individua i casi di risoluzione anticipata del rapporto di lavoro.
3. Il trattamento economico del Direttore, onnicomprensivo, è determinato dalla Giunta regionale con riferimento agli emolumenti spettanti ai dirigenti regionali di ruolo, inclusa la retribuzione di posizione e di risultato, ed è adeguato automaticamente alle modifiche cui sono soggetti i suddetti emolumenti <sup>(238)</sup>.
4. Il direttore dell'ARS, qualora proveniente dal settore pubblico, è nominato previo collocamento in aspettativa o fuori ruolo, secondo l'ordinamento dell'amministrazione di appartenenza.

---

(236) Articolo aggiunto dall'*art. 10, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nelle note che seguono.

(237) Comma così sostituito dall'*art. 55, comma 1, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «1. Il direttore è nominato, su proposta del Presidente della Giunta regionale, dal consiglio di amministrazione fra soggetti in possesso dei requisiti richiesti dalla *legge regionale 5 agosto 2003, n. 44* (Ordinamento della dirigenza e della struttura operativa della Regione. Modifiche alla *legge regionale 17 marzo 2000, n. 26* "Riordino della legislazione regionale in materia di organizzazione e personale") per il conferimento dell'incarico di dirigente regionale.».

(238) Comma così sostituito dall'*art. 55, comma 2, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «3. Il trattamento economico del direttore, onnicomprensivo, è determinato dalla Giunta regionale con riferimento agli emolumenti previsti per i dirigenti regionali responsabili di settore o di area di coordinamento.».

---

### **Art. 82-undecies**

#### *Programma di attività.*

1. Il programma pluriennale e annuale di attività indica le linee generali dell'attività dell'ARS e pone gli obiettivi da perseguire nel periodo considerato, sulla base degli indirizzi formulati dal Consiglio regionale.
2. Il programma di attività è predisposto dal direttore, tenuto conto delle proposte dei coordinatori degli osservatori di cui all'articolo 82-duodecies, nonché degli indirizzi del Consiglio regionale e della Giunta regionale, entro il 30 settembre di ciascun anno.
3. Il Presidente della Giunta regionale ed il Presidente del Consiglio regionale possono richiedere all'ARS che siano messe a loro disposizione le conoscenze e le informazioni in suo possesso <sup>(239)</sup>.

---

(239) Articolo aggiunto dall'*art. 11, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*.

---

### **Art. 82-duodecies**

#### *Strutture organizzative* <sup>(240)</sup>.

1. Per l'esercizio delle funzioni tecnico-scientifiche a carattere disciplinare, l'ARS è articolata in due osservatori:
  - a) l'osservatorio di epidemiologia;
  - b) l'osservatorio per la qualità e l'equità <sup>(241)</sup>.
2. Il Consiglio regionale può deliberare, su proposta della Giunta regionale, sentito il Comitato di indirizzo e controllo, la costituzione di ulteriori osservatori, definendone le finalità e le funzioni <sup>(242)</sup>.
3. A ciascun osservatorio è preposto un coordinatore nominato dal Direttore tra persone di comprovata esperienza nella materia, in possesso del diploma di laurea; all'individuazione dei coordinatori degli osservatori si procede previo avviso pubblico <sup>(243)</sup>.

4. Il rapporto di lavoro dei coordinatori di cui al comma 1, è regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni e rinnovabile; ai medesimi coordinatori è corrisposto un trattamento economico nella misura determinata dal Direttore <sup>(244)</sup>.

5. La struttura interna degli osservatori è definita dal regolamento di cui all'articolo 82-terdecies.

6. Le funzioni tecnico-amministrative di supporto sono svolte dalla struttura operativa prevista nel regolamento di cui all'articolo 82-terdecies .

---

(240) Articolo aggiunto dall'*art. 12, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nelle note che seguono.

(241) Lettera così modificata dall'*art. 84, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(242) Comma così modificato dall'*art. 56, comma 1, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge).

(243) Comma così modificato dall'*art. 56, comma 2, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge).

(244) Comma così modificato dall'*art. 56, comma 2, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge).

---

#### **Art. 82-terdecies**

##### *Regolamento generale di organizzazione* <sup>(245)</sup>.

1. L'organizzazione e il funzionamento dell'ARS sono disciplinati da apposito regolamento generale adottato dal Direttore.

2. Il regolamento è approvato dalla Giunta regionale, acquisito il parere del Consiglio regionale, entro novanta giorni dal ricevimento, nel rispetto della normativa generale sull'ordinamento degli uffici e del personale.

---

(245) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 13, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi così sostituito dall'*art. 57, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «Art. 82-terdecies. Regolamento generale di organizzazione. 1. L'organizzazione ed il funzionamento dell'ARS sono disciplinati da apposito regolamento generale, adottato dal consiglio di amministrazione su proposta del direttore; il regolamento é approvato dalla Giunta regionale, sentito il parere del Consiglio regionale, nel rispetto della presente legge e della normativa generale sull'ordinamento degli uffici e del personale.».

---

**Art. 82-quaterdecies**  
*Approvazione atti fondamentali* <sup>(246)</sup> <sup>(247)</sup>.

- [1. La Giunta regionale approva il bilancio preventivo annuale e pluriennale dell'ARS, acquisito il parere del Consiglio regionale, entro sessanta giorni dal ricevimento.
2. La Giunta regionale approva il regolamento generale di cui all'articolo 82-terdecies, acquisito il parere del Consiglio regionale, entro novanta giorni dal ricevimento <sup>(248)</sup>.
3. Ai fini di cui al comma 1, al bilancio trasmesso per la sua approvazione sono allegati i programmi annuale e pluriennale di attività.
4. Il Consiglio regionale approva, su proposta della Giunta regionale, il bilancio di esercizio entro sessanta giorni dal ricevimento].

---

(246) Con *Delib.C.R. 13 ottobre 2009, n. 61* è stato approvato il bilancio di esercizio 2008 dell'Agenzia regionale di sanità, ai sensi del presente articolo.

(247) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 14, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi abrogato dall'*art. 58, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge).

(248) Con *Delib.G.R. 21 gennaio 2008, n. 29* è stato approvato il regolamento generale di organizzazione dell'Agenzia regionale di sanità, ai sensi del presente comma. Vedi, al riguardo, la *Delib.C.R. 16 settembre 2008, n. 68*.

---

**Art. 82-quindecies**  
*Scioglimento e decadenza del consiglio di amministrazione* <sup>(249)</sup>.

- [1. Il consiglio di amministrazione può essere sciolto dal Consiglio regionale, di intesa con la Giunta regionale, nei casi di inattività, violazione di legge, gravi inadempienze nell'attuazione del programma di cui all'articolo 82-undecies.
2. Lo scioglimento è preceduto da formale diffida, disposta dal Presidente della Giunta regionale, a provvedere od a presentare deduzioni in ordine ai fatti contestati entro il termine stabilito.
3. La riduzione per qualsiasi motivo del numero dei consiglieri a meno della metà comporta di diritto lo scioglimento del consiglio di amministrazione.
4. In caso di scioglimento o decadenza, il Presidente della Giunta regionale nomina un commissario. Entro i novanta giorni successivi si provvede alla nomina del presidente e dei membri del consiglio di amministrazione ai sensi dell'articolo 82-quinquies, comma 1 <sup>(250)</sup>].

---

(249) Il presente articolo, aggiunto dall'art. 15, L.R. 10 luglio 2006, n. 28, poi così modificato come indicato nella nota che segue, è stato infine abrogato dall'art. 58, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge).

(250) Comma così sostituito dall'art. 33, L.R. 24 ottobre 2008, n. 56. Il testo originario era così formulato: «4. In caso di scioglimento o decadenza, il Consiglio regionale nomina un commissario e provvede, entro i novanta giorni successivi, alla nomina del nuovo consiglio di amministrazione ed alla elezione del presidente.».

---

### **Art. 82-sexies decies** *Personale* <sup>(251)</sup>.

1. In materia di organizzazione e di personale si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della *legge regionale 8 gennaio 2009, n. 1* (Testo unico in materia di organizzazione e ordinamento del personale) <sup>(252)</sup>.

2. L'ARS per lo svolgimento della propria attività può altresì avvalersi:

a) di personale trasferito dalla Regione, dalle aziende sanitarie e dagli enti locali;

b) di personale a rapporto di lavoro privato, per lo svolgimento di specifici progetti o per l'utilizzo di particolari professionalità non reperibili nella dotazione organica tramite l'attivazione delle procedure di mobilità di cui alla lettera a).

3. Per specifici progetti e ricerche l'ARS può istituire borse di studio per la durata di un anno, rinnovabili una sola volta.

4. I dipendenti della Regione, di un ente o di una azienda regionale, ovvero di un'azienda sanitaria con sede nel territorio regionale, chiamati ad assumere incarichi dirigenziali con contratto a tempo determinato presso l'ARS sono collocati in aspettativa senza assegni con riconoscimento della anzianità di servizio.

---

(251) Articolo aggiunto dall'art. 16, L.R. 10 luglio 2006, n. 28, poi così modificato come indicato nella nota che segue.

(252) Comma così sostituito dall'art. 59, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'art. 69 della stessa legge). Il testo originario era così formulato: «1. In materia di organizzazione e di personale si applicano, in quanto compatibili, la *legge regionale 17 marzo 2000, n. 26* (Riordino della legislazione regionale in materia di organizzazione e personale), secondo il disposto di cui all'articolo 68 della medesima, la *L.R. n. 44/2003*, e la *legge regionale 1° febbraio 2006, n. 3* (Misure di razionalizzazione della finanza regionale al fine di concorrere alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica).».

---

### **Art. 82-septies decies**

#### *Bilancio*<sup>(253)</sup>.

1. Il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio pluriennale sono adottati dal direttore dell'ARS entro il 30 novembre dell'anno precedente a quello di riferimento e trasmessi alla Giunta regionale, che li approva entro sessanta giorni, acquisito il parere del Consiglio regionale<sup>(254)</sup>.
2. Ai fini del comma 1, ai bilanci trasmessi alla Giunta regionale sono allegati i programmi annuale e pluriennale di attività.
3. Il bilancio di esercizio è adottato dal direttore dell'ARS entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Il bilancio è trasmesso alla Giunta regionale che effettua l'istruttoria e lo propone al Consiglio regionale, che lo approva entro sessanta giorni dal ricevimento.

---

(253) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 17, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi così sostituito dall'*art. 60, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stessa legge), poi così modificato come indicato nella nota che segue. Il testo originario era così formulato: «Art. 82-septies decies. Bilancio. 1. Il bilancio preventivo annuale ed il bilancio pluriennale sono deliberati entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento e trasmessi alla Giunta regionale, che li approva nei termini previsti dall'articolo 82-quaterdecies, acquisito il parere del Consiglio regionale.

2. Il bilancio di esercizio è deliberato entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento; il bilancio è trasmesso alla Giunta regionale che effettua l'istruttoria e lo propone al Consiglio regionale per l'approvazione, nei termini di cui all'articolo 82-quaterdecies.».

(254) Comma così sostituito dall'*art. 131, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155* della stessa legge). Il testo precedente era così formulato: «1. Il bilancio preventivo economico annuale e il bilancio pluriennale sono adottati dal direttore dell'ARS entro il 31 ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento e trasmessi alla Giunta regionale, che li approva entro il 31 dicembre successivo, acquisito il parere del Consiglio regionale.».

---

### **Art. 82-octies decies**

#### *Finanziamento.*

1. Il finanziamento dell'ARS avviene mediante:

- a) il contributo ordinario, determinato dal piano sanitario e sociale integrato regionale a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'*articolo 25, comma 1, lettera c), della L.R. n. 40/2005* per il funzionamento e l'esercizio delle funzioni di cui all'articolo 82-bis, comma 1<sup>(255)</sup>;

b) quote aggiuntive, a valere sul fondo sanitario regionale ai sensi dell'articolo 25, comma 1, lettera b), della medesima *L.R. n. 40/2005* per l'eventuale finanziamento degli specifici progetti non compresi nel programma di attività di cui all'articolo 82-undecies;

c) ricavi e proventi per prestazioni rese a favore dei soggetti di cui all'articolo 82-bis, comma 2<sup>(256)</sup>.

---

(255) Lettera così modificata dall'*art. 85, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(256) Articolo aggiunto dall'*art. 18, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nella nota che precede.

---

### **Art. 82-novies decies**

#### *Esercizio dell'attività delle strutture tecnico-scientifiche.*

1. Le strutture tecnico-scientifiche per lo svolgimento della loro attività sono autorizzate ad accedere a tutti i flussi di dati a carattere regionale attinenti alla salute e al benessere sociale, dovunque collocati, ed in particolare ai seguenti:

a) flussi informativi analitici concernenti i ricoveri ospedalieri, l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, di riabilitazione, di assistenza medica convenzionata, di assistenza farmaceutica territoriale e in regime ospedaliero, di trasporto sanitario, le anagrafi degli assistiti, le esenzioni per patologia ed invalidità, i certificati di assistenza al parto, le dimissioni per aborto spontaneo e le interruzioni volontarie di gravidanza;

b) flussi informativi riguardanti le attività gestionali ed economiche del servizio sanitario e socio-sanitario regionale, nonché i dati di attività e di struttura sanitaria e socio-sanitaria pubblica e privata;

c) flussi attinenti servizi di elaborazione dati e di verifica di qualità delle aziende sanitarie e delle istituzioni private;

d) flussi informativi concernenti i dati sulla struttura della popolazione regionale, sull'anagrafe dei residenti, sugli stili di vita, sui fenomeni sociali, sui bisogni reali e sulle risorse;

e) archivi delle malattie infettive, archivio regionale AIDS;

f) registri regionali di patologia e di mortalità, laddove legittimamente costituiti ai sensi di legge<sup>(257)</sup>,

g) registro INAIL degli infortuni e delle malattie professionali;

h) altri flussi informativi analitici che abbiano ad oggetto l'attività ospedaliera, le prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali erogate sul territorio, le prestazioni di riabilitazione, ulteriori archivi<sup>(258)</sup>.

2. L'accesso ai flussi di dati di cui al comma 1 comprende la possibilità di trattamento dei dati sensibili a livello individuale, nominativo o comunque identificabile; detto trattamento avviene sotto la responsabilità dei responsabili delle strutture scientifiche, ognuno per le rispettive competenze, d'intesa con il responsabile di ciascun flusso, nei limiti e con le garanzie previsti dal *D.Lgs. n. 196/2003* e dalla *L.R. n. 13/2006*.

3. Le strutture tecnico-scientifiche collaborano altresì su specifici progetti, anche attraverso apposite convenzioni, con le università toscane, il Consiglio nazionale delle ricerche, gli enti di ricerca e le società scientifiche di settore, di livello regionale, nazionale ed internazionale.

4. Le strutture tecnico-scientifiche sono dotate di adeguati strumenti di calcolo in rete con i sistemi informativi regionali e si raccordano a livello locale con i sistemi informativi delle province, dei comuni, delle società della salute e delle aziende sanitarie; si avvalgono, altresì, di collegamenti per la ricerca bibliografica informatizzata<sup>(259)</sup>.

---

(257) Lettera così sostituita dall'*art. 86, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «f) registro regionale dei difetti congeniti, di mortalità, di dialisi, delle vaccinazioni, dei tumori.».

(258) Lettera così modificata dall'*art. 86, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(259) Articolo aggiunto dall'*art. 19, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, poi così modificato come indicato nelle note che precedono.

---

### **Art. 82-vicies**

*Norme transitorie e finali*<sup>(260)</sup>.

[1. Entro novanta giorni dal completo insediamento degli organi, l'ARS adegua il proprio ordinamento e la propria organizzazione alle disposizioni della presente legge; entro il medesimo termine il consiglio di amministrazione adotta il regolamento di cui all'articolo 82-terdecies e lo trasmette alla Giunta regionale che lo approva sentito il parere del Consiglio regionale].

---

(260) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 20, L.R. 10 luglio 2006, n. 28*, è stato poi abrogato dall'*art. 61, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal primo rinnovo degli organi (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 69* della stesse legge).

---

## **Capo II - Consiglio sanitario regionale**

**Art. 83**

*Consiglio sanitario regionale* <sup>(261)</sup>.

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.
- 

(261) Per la permanenza in carica dell'organo sanitario di cui al presente articolo vedi l'*art. 3, L.R. 30 ottobre 2010, n. 55*.

---

**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, gli osservatori e i relativi membri <sup>(262)</sup>;

d) designare, sentito il parere dell'assemblea, 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 <sup>(263)</sup>;

e) promuovere, d'intesa con l'ARS, il coordinamento delle rispettive attività.

---

(262) La presente lettera, già sostituita dall'*art. 14, comma 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*, è stata poi nuovamente così sostituita dall'*art. 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo precedente era così formulato: «c) proporre all'assemblea i gruppi di lavoro e le commissioni permanenti o speciali e i relativi membri;».

(263) Lettera così sostituita dall'*art. 14, comma 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «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.».

---

## **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, di cui almeno uno docente universitario, alle unità funzionali territoriali e al dipartimento della prevenzione, tenendo conto delle varie realtà territoriali <sup>(264)</sup>;

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, uno per ciascuna area vasta, ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliero-universitarie <sup>(265)</sup>;

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

g) quindici esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato e nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla *legge regionale 2 aprile 2009, n. 16* (Cittadinanza di genere) <sup>(266)</sup>;

g-bis) un esperto delle medicine complementari designato dalla competente direzione generale regionale, sentiti i centri di riferimento regionali <sup>(267)</sup>.

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. [In sede di prima applicazione della presente legge, i medesimi membri durano in carica fino allo scadere di un anno dalla data di insediamento del Consiglio regionale successiva alle elezioni regionali] <sup>(268)</sup>.

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; a tal fine, le designazioni dei componenti di cui al comma 1, lettere c), d), e), f), sono trasmesse dai soggetti competenti entro sessanta giorni dalla data di scadenza del Consiglio regionale <sup>(269)</sup>.

7. Il Consiglio regionale procede alla nomina 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 <sup>(270)</sup>.

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] <sup>(271)</sup>.

---

(264) Lettera così modificata dall'*art. 15, comma 1, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

(265) Lettera così sostituita dall'*art. 3, comma 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «e) tre direttori sanitari delle aziende unità sanitarie locali ed un direttore sanitario delle aziende ospedaliero-universitarie;».

(266) Lettera così sostituita dall'*art. 3, comma 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «g) tre esperti in materia sanitaria eletti dal Consiglio regionale con voto limitato;».

(267) Lettera aggiunta dall'*art. 9, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 66*, poi così modificata dall'*art. 3, comma 3, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(268) Comma abrogato dall'*art. 9, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

(269) Il presente comma, già modificato dall'*art. 9, comma 3, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*, è stato poi così sostituito dall'*art. 15, comma 2, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo precedente era così formulato: «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.».

(270) Comma così sostituito dall'*art. 15, comma 3, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*. Il testo originario era così formulato: «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.».

(271) Comma abrogato dall'*art. 3, comma 4, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

---

**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 aziendali dei sindaci <sup>(272)</sup>;

o) nomina delle commissioni e degli osservatori di cui all'articolo 92 <sup>(273)</sup>.

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.

---

(272) Lettera così modificata dall'art. 87, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(273) Lettera così sostituita dall'*art. 4, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «o) nomina delle commissioni di cui all'articolo 92.».

---

**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 e organi* <sup>(274)</sup>.

1. Il Consiglio sanitario regionale articola le proprie funzioni in osservatori e commissioni permanenti per tematiche a valenza generale derivanti dalla programmazione regionale.
  2. Agli osservatori e alle commissioni permanenti, presieduti da un responsabile proposto dall'ufficio di presidenza, possono essere chiamati a partecipare esperti anche esterni al servizio sanitario regionale, senza oneri aggiuntivi.
  3. I responsabili degli osservatori e delle commissioni permanenti partecipano ai lavori dell'ufficio di presidenza e dell'assemblea, con diritto di voto.
- 

(274) Articolo così sostituito dall'*art. 5, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «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 e degli osservatori, è corrisposto un gettone di presenza per l'effettiva partecipazione ad ogni seduta e per non più di una seduta al giorno, nella misura definita con Delib.G.R., in analogia a quanto previsto per organismi simili operanti nella Regione <sup>(275)</sup>.
  3. Ai soggetti di cui ai commi 1 e 2, spetta altresì il rimborso spese con le modalità e nella misura stabiliti con deliberazione della Giunta regionale <sup>(276)</sup>.
- 

(275) Comma così sostituito dall'art. 6, comma 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16. Il testo originario era così formulato: «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.».

(276) Comma così sostituito dall'art. 6, comma 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16. Il testo originario era così formulato: «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* <sup>(277)</sup>.

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.

---

(277) Per la permanenza in carica dell'organo sanitario di cui al presente articolo vedi l'*art. 3, L.R. 30 ottobre 2010, n. 55*.

---

### **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. È 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 con voto limitato <sup>(278)</sup>;

b) dodici esperti in discipline non sanitarie attinenti ai temi della bioetica, di cui due designati dal Presidente della Giunta regionale, individuati nel rispetto del principio della parità di genere di cui alla *L.R. n. 16/2009* <sup>(279)</sup>;

c) dieci medici in rappresentanza delle discipline mediche maggiormente coinvolte nelle questioni bioetiche;

d) un rappresentante esperto in bioetica per ciascuna delle discipline professionali interessate, tra cui un farmacologo, un biologo, uno psicologo, un ostetrico, un infermiere, un farmacista, un neonatologo, un anestesista del servizio sanitario regionale <sup>(280)</sup>;

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) due rappresentanti delle associazioni di volontariato <sup>(281)</sup>;

h) due rappresentanti delle associazioni di tutela <sup>(282)</sup>;

h-bis) [un rappresentante esperto nelle discipline del benessere e bio-naturali] <sup>(283)</sup>;

h-ter) [un rappresentante esperto delle medicine complementari integrate] <sup>(284)</sup>.

2. I componenti di cui al comma 1, lettera c), sono designati dalla federazione regionale dell'ordine 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) e h), sono designati dalle rispettive associazioni e comitati <sup>(285)</sup>.

3. Le designazioni dei componenti di cui al comma 2 sono trasmesse dalla Giunta regionale al Consiglio regionale insieme alla designazione dei due esperti di cui al comma 1, lettera b) <sup>(286)</sup>.

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 <sup>(287)</sup>.

---

(278) Lettera così modificata dall'*art. 7, comma 1, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(279) La presente lettera, già modificata dall'*art. 1, comma 1, L.R. 28 dicembre 2005, n. 72*, è stata poi così sostituita dall'*art. 7, comma 2, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo precedente era così formulato: «b) otto esperti in discipline non sanitarie attinenti ai temi della bioetica, di cui quattro designati dal Presidente della Giunta regionale;».

(280) Lettera così sostituita dall'*art. 7, comma 3, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «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;».

(281) Lettera così sostituita dall'*art. 7, comma 4, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «g) un rappresentante delle associazioni di volontariato;».

(282) Lettera così sostituita dall'*art. 7, comma 5, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo originario era così formulato: «h) un rappresentante delle associazioni di tutela;».

(283) Lettera aggiunta dall'*art. 1, comma 2, L.R. 28 dicembre 2005, n. 72*, poi abrogata dall'*art. 7, comma 6, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(284) Lettera aggiunta dall'*art. 80, comma 1, L.R. 14 dicembre 2009, n. 75*, poi abrogata dall'*art. 7, comma 7, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(285) Il presente comma, già modificato dall'*art. 1, comma 3, L.R. 28 dicembre 2005, n. 72*, poi sostituito dall'*art. 16, L.R. 9 novembre 2009, n. 65* e successivamente modificato dall'*art. 80, comma 2, L.R. 14 dicembre 2009, n. 75*, è stato nuovamente così sostituito dall'*art. 7, comma 8, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*. Il testo precedente era così formulato: «2. I componenti di cui al comma 1, lettera c), sono designati dalla federazione regionale degli ordine 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), h-bis) e h-ter), sono designati dalle rispettive associazioni o comitati.».

(286) Comma così modificato dall'*art. 7, comma 9, L.R. 3 maggio 2011, n. 16*.

(287) Comma aggiunto dall'*art. 1, comma 4, L.R. 28 dicembre 2005, n. 72*.

---

### **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 <sup>(288)</sup>, 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 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 <sup>(289)</sup>.
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 <sup>(290)</sup>.

---

(288) Vedi, al riguardo, il regolamento approvato con *D.P.G.R. 18 febbraio 2008, n. 7/R*.

(289) Comma così modificato dall'*art. 10, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

(290) Comma così sostituito dall'*art. 10, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «5. La Giunta regionale con proprio atto disciplina la corresponsione dei gettoni di presenza e dei rimborsi delle spese di cui al comma 4, determinandone gli importi, i criteri e le modalità di erogazione.».

---

**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 <sup>(291)</sup>.

---

(291) Comma aggiunto dall'*art. 11, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

---

**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, degli enti del servizio sanitario regionale e delle società della salute sono istituiti gli Enti per i servizi tecnico-amministrativi di area vasta (ESTAV) <sup>(292)</sup>:

- 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.

4-bis. Gli ESTAV in qualità di centrale di committenza di cui all'*articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163* (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione della *direttiva 2004/17/CE* e della *direttiva 2004/18/CE*) su richiesta della Regione possono svolgere procedure di gara per l'affidamento di forniture e servizi di interesse della medesima. La Regione ed i soggetti di cui all'articolo 2, comma 1, lettera a) della legge regionale 17 luglio 2007, n. 38 (Norme in materia di contratti pubblici e relative disposizioni sulla sicurezza e regolarità del lavoro) possono acquisire forniture e servizi aderendo ai contratti stipulati dagli ESTAV quale centrale di committenza di cui all'*articolo 33 del D.Lgs. 163/2006* <sup>(293)</sup>.

---

(292) Alinea così modificato dall'*art. 118, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155 della stessa legge*).

(293) Comma aggiunto dall'*art. 123, L.R. 29 dicembre 2010, n. 65*, a decorrere dal 1° gennaio 2011 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 139 della stessa legge*).

---

## **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 e selettive in materia di personale <sup>(294)</sup>;
- g) gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

1-bis. Nell'esercizio delle funzioni di cui al comma 1, lettera a), gli ESTAV operano quali centrali di committenza ai sensi dell'*articolo 33 del D.Lgs. n. 163/2006* e dell'*articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296* (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato "legge finanziaria 2007"), per conto delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende

ospedaliero-universitarie e sono pertanto soggetti a tutte le disposizioni nazionali e regionali che disciplinano gli acquisti delle aziende stesse <sup>(295)</sup>.

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. n. 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 pubblici del servizio sanitario nazionale <sup>(296)</sup>.

---

(294) Lettera così sostituita dall'*art. 88, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «f) gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale.».

(295) Comma aggiunto dall'*art. 62, L.R. 13 luglio 2007, n. 38*.

(296) Comma così modificato dall'*art. 119, L.R. 27 dicembre 2011, n. 66*, a decorrere dal giorno stesso della sua pubblicazione e con effetto dal 1° gennaio 2012 (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 155 della stessa legge*).

---

### **Art. 101-bis**

#### *Procedure concorsuali e selettive per il reclutamento del personale.*

1. L'ESTAV può espletare concorsi e procedure selettive in forma unificata per il reclutamento del personale delle aziende sanitarie comprese nell'area vasta. In tale ipotesi si applica la normativa concorsuale vigente per il personale del servizio sanitario, fatto salvo quanto previsto dalle seguenti disposizioni:

a) il comitato di area vasta e il collegio di direzione di area vasta assumono le funzioni relative alla scelta ed alla designazione del presidente e dei componenti delle commissioni che la disciplina vigente attribuisce rispettivamente al direttore generale e al collegio di direzione dell'azienda sanitaria; qualora il collegio di direzione di area vasta non sia costituito, le funzioni ad esso attribuite sono svolte, a rotazione, dai collegi di direzione delle aziende sanitarie di area vasta. Il

direttore dell'ESTAV assume tutte le altre funzioni che sono attribuite al direttore dell'azienda sanitaria;

b) il presidente ed i componenti delle commissioni per i sorteggi di componenti delle commissioni esaminatrici sono individuati tra il personale amministrativo delle aziende dell'area vasta e del medesimo ESTAV;

c) i presidenti delle commissioni esaminatrici e quei componenti delle stesse che la disciplina vigente prevede vengano nominati tra il personale in servizio nella singola azienda, sono individuati tra il personale in servizio nelle aziende dell'area vasta;

d) nei casi in cui la disciplina vigente prevede che il direttore amministrativo o il direttore sanitario siano componenti di commissioni, essi sono individuati fra le corrispondenti figure delle aziende dell'area vasta;

e) le funzioni di segretario delle commissioni sono svolte da un dipendente amministrativo delle aziende dell'area vasta oppure dell'ESTAV.

2. Le graduatorie dei concorsi e delle selezioni espletati dall'ESTAV, ancorché in forma non unificata, sono utilizzate da tutte le aziende sanitarie comprese nell'area vasta <sup>(297)</sup>.

---

(297) Il presente articolo, aggiunto dall'*art. 16, L.R. 27 luglio 2007, n. 40*, è stato poi così sostituito dall'*art. 89, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «Art. 101-bis. Svolgimento in forma unificata delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale. 1. L'ESTAV può espletare concorsi in forma unificata per le aziende sanitarie comprese nell'area vasta.

2. Il presidente e i componenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi di cui al comma 1 vengono individuati tra il personale in servizio nelle aziende dell'area vasta.

3. La disposizione di cui al comma 2 trova applicazione anche nel caso in cui vengano indette procedure selettive per l'individuazione del direttore amministrativo e del direttore sanitario delle aziende nell'ambito dell'area vasta.

4. La scelta e la designazione del presidente e dei componenti delle commissioni esaminatrici dei concorsi di cui al comma 1 sono effettuate rispettivamente dal comitato di area vasta di cui all'articolo 9 e dal collegio di direzione di area vasta di cui all'articolo 49.

5. Le graduatorie dei concorsi espletati dall'ESTAV, ancorché non in forma unificata, possono essere utilizzate da tutte le aziende sanitarie comprese nell'area vasta.».

---

## **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) predisporre 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. [Il rapporto di servizio del direttore generale dell'ESTAV è regolato dal contratto di cui all'articolo 37, comma 4] <sup>(298)</sup>.
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.

---

(298) Comma abrogato dall'art. 12, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67.

---

**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) <sup>(299)</sup>.
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.

---

(299) Comma così sostituito dall'*art. 13, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «2. Sono compiti del consiglio direttivo:

- a) approvare il bilancio economico preventivo annuale e pluriennale;
- b) approvare il bilancio di esercizio e la relazione annuale sull'attività svolta;
- c) approvare il programma annuale e pluriennale di attività;
- d) esprimere parere sui regolamenti di cui all'articolo 103, comma 1, lettera c)».

---

**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 ed uno dal consiglio direttivo <sup>(300)</sup>.
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.

---

(300) Comma così modificato dall'*art. 14, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67.*

---

#### **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.*

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 <sup>(301)</sup>.

---

(301) Articolo aggiunto dall'*art. 15, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*.

---

### **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, l'organizzazione dei servizi e i criteri per la determinazione della dotazione organica <sup>(302)</sup>;

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. La Giunta regionale esprime il proprio parere entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricevimento, decorso il quale si può procedere all'approvazione <sup>(303) (304)</sup>.

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 <sup>(305)</sup>.

---

(302) Lettera così sostituita dall'*art. 90, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «b) la tipologia e le modalità di costituzione delle strutture organizzative.».

(303) Periodo così modificato dall'*art. 90, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. La modifica ha riguardato la sostituzione dell'originaria percentuale del 40% con quella attuale del 60%.

(304) Il presente comma, aggiunto dall'*art. 16, comma 1, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67* è stato poi così sostituito dall'*art. 17, L.R. 27 luglio 2007, n. 40* e successivamente così modificato come indicato nella nota che precede. Il testo originario era così formulato: «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.».

(305) Comma così sostituito dall'*art. 16, comma 2, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «2. Ove per l'esercizio delle proprie funzioni gli ESTAV abbiano necessità dell'apporto di competenze professionali sanitarie, presenti nelle aziende sanitarie di riferimento, il relativo personale è messo a disposizione dalle aziende medesime secondo forme e modalità disciplinate da appositi accordi.».

---

### **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 dei programmi di cui al comma 2, entro il 30 novembre 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 <sup>(306)</sup>.
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.

---

(306) Comma così modificato dall'*art. 17, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*, mediante sostituzione dell'originario termine di adozione e trasmissione dei bilanci (31 ottobre) con quello qui indicato (30 novembre).

---

### **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, contabilità 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 aziendale dei sindaci, esprime il proprio parere alla Giunta regionale stessa nei trenta giorni successivi alla data di ricevimento<sup>(307)</sup>.

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 vulture 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.

---

(307) Comma così modificato dall'art. 91, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

### **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 e sociale integrato 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<sup>(308)</sup>.
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.

---

(308) Comma così modificato dall'art. 92, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

## **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]<sup>(309)</sup>.

10-bis. Gli immobili alienati alle organizzazioni di volontariato non sono suscettibili di ulteriore alienazione per un periodo di almeno trenta anni dalla data di acquisizione, salvo deroga autorizzata dalla Giunta regionale ove permangano rispetto al nuovo acquirente tutte le condizioni previste dal comma precedente<sup>(310)</sup>.

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).

---

(309) Periodo soppresso dall'*art. 93, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

(310) Comma aggiunto dall'*art. 93, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.*

---

### **Art. 115-bis**

#### *Patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie.*

1. Il patrimonio delle aziende ospedaliero-universitarie è costituito:

a) dai beni trasferiti alle aziende ai sensi dell'articolo 113, comma 2;

b) dai beni demaniali, o comunque in uso gratuito e perpetuo alle università, nonché dai beni immobili e mobili di proprietà delle università, già destinati in modo prevalente ad attività assistenziali, concessi a titolo gratuito alle aziende in conformità di quanto previsto dall'*articolo 8, comma 4, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517* (Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'*articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419*).

2. Secondo quanto disposto dall'*articolo 8 del D.Lgs. 517/1999*, le aziende ospedaliero-universitarie assumono a proprio carico gli oneri di manutenzione ordinaria e straordinaria dei beni di cui al comma 1, lettera b).

3. Eventuali interventi di ristrutturazione o di demolizione e conseguente ricostruzione dei beni immobili di cui al comma 1, lettera b), sono effettuati, in coerenza con il programma aziendale di edilizia sanitaria, sulla base di specifiche intese con le università proprietarie dei beni stessi, volte a definire le modalità di realizzazione degli interventi, i relativi oneri economici ed il regime giuridico dei beni stessi a seguito degli interventi edilizi.

4. Nell'ambito delle intese di cui al comma 3, le aziende ospedaliero-universitarie possono concordare con le università l'acquisto della proprietà dei beni, qualora ciò risulti opportuno e conveniente per la ottimale gestione economico-finanziaria dell'intervento.

5. Nel caso di cui al comma 4, il valore dell'immobile è calcolato al netto del valore degli interventi di manutenzione eventualmente già eseguiti sull'immobile stesso dall'azienda ospedaliero-universitaria con fondi propri, regionali o nazionali <sup>(311)</sup>.

---

(311) Articolo aggiunto dall'*art. 15, L.R. 23 dicembre 2009, n. 77*, a decorrere dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione (ai sensi di quanto stabilito dall'*art. 23 della stessa legge*).

---

## **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 e sociale integrato regionale, recependone le priorità<sup>(312)</sup>.

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 di una nota illustrativa e di 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 aziendale 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<sup>(313)</sup>.

5-bis. Ove costituite le società della salute, contestualmente all'adozione del bilancio, le aziende unità sanitarie locali presentano alle società della salute il documento che evidenzia le risorse determinate per zona-distretto che 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<sup>(314)</sup>.

---

(312) Comma così modificato dall'*art. 94, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(313) Comma così modificato dall'*art. 94, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(314) Comma aggiunto dall'*art. 94, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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 e sociale integrato regionale; il bilancio individua separatamente le risorse destinate all'esercizio delle funzioni socio-assistenziali da realizzare per conto delle società della salute<sup>(315)</sup>.

3. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato di una nota illustrativa che esplicita i criteri impiegati nella sua elaborazione e di una relazione del direttore generale che evidenzia i

collegamenti con gli obiettivi del programma annuale; 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.

---

(315) Comma così sostituito dall'art. 95, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».

---

## **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 di una relazione del direttore generale, predisposta secondo le direttive della Giunta regionale, nonché di 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 dati analitici relativi al personale, con le variazioni intervenute durante l'anno <sup>(316)</sup>.
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.

---

(316) Comma così sostituito dall'art. 96, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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.».
- 

### **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 aziendale dei sindaci; la conferenza aziendale 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<sup>(317)</sup>.

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 aziendale dei sindaci che rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale<sup>(318)</sup>.

3-bis. Entro i termini di cui ai commi 1 e 3 il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale, ed il bilancio di esercizio, per le parti relative agli ambiti territoriali di competenza, sono trasmessi alle società della salute, ove costituite<sup>(319)</sup>.

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 aziendale dei sindaci e comunque dal ventesimo giorno dal ricevimento dell'atto<sup>(320)</sup>.

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.

---

(317) Comma così sostituito dall'*art. 17, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*, poi così modificato dall'*art. 97, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «1. Il direttore generale dell'azienda unità sanitaria locale adotta il bilancio pluriennale ed il bilancio preventivo economico annuale e li trasmette, entro il 30 novembre di ogni anno, alla Giunta regionale per la relativa approvazione; entro lo stesso termine, il direttore generale trasmette il bilancio pluriennale e il bilancio preventivo economico annuale con allegata la relazione del collegio sindacale anche alla conferenza dei sindaci per gli effetti di cui all'articolo 3, comma 14 del decreto delegato; la conferenza dei sindaci rimette, nei successivi venti giorni, le relative osservazioni alla Giunta regionale.».

(318) Comma così modificato dall'*art. 97, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(319) Comma aggiunto dall'*art. 97, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(320) Comma così modificato dall'*art. 97, comma 4, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

## **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.

4-bis. Con riferimento alle attività di assistenza sanitaria territoriale, socio-sanitaria e assistenziale, quando attribuita all'azienda sanitaria, sono definiti specifici budget di ambito territoriale corrispondente alle zone-distretto<sup>(321)</sup>.

5. Il budget generale dell'azienda sanitaria è allegato al bilancio annuale di previsione.

6. Il piano sanitario e sociale integrato regionale può prevedere forme di budget la cui redazione è obbligatoria. Il budget di cui al comma 4-bis ha carattere obbligatorio<sup>(322)</sup>.

---

(321) Comma aggiunto dall'art. 98, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(322) Comma così sostituito dall'art. 98, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60. Il testo originario era così formulato: «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 <sup>(323)</sup>.

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.

---

(323) Comma così sostituito dall'*art. 18, L.R. 14 dicembre 2005, n. 67*. Il testo originario era così formulato: «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 annuale al netto dei costi capitalizzati e detratti i costi per mobilità sanitaria passiva.».

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. Le aziende sanitarie, gli ESTAV e le società della salute, per quanto di rispettiva competenza ed in conformità della disciplina comunitaria, nazionale e regionale in materia di contratti pubblici e di sicurezza sui luoghi di lavoro, disciplinano l'attività contrattuale attraverso il regolamento di cui all'articolo 133<sup>(324)</sup>.
  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. n. 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. n. 28/1993*.
- 

(324) Comma così sostituito dall'*art. 63, L.R. 13 luglio 2007, n. 38*, poi così modificato dall'*art. 99, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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.».

---

### **Art. 133**

#### *Regolamento dell'attività contrattuale.*

1. Il regolamento sull'attività contrattuale, adottato dal direttore generale di ciascun ente, disciplina in particolare:

a) la programmazione, annuale e pluriennale, dell'attività contrattuale;

b) modalità di raccordo per la rilevazione delle esigenze degli enti per i quali l'ESTAV opera per l'approvvigionamento di beni e servizi;

c) forme e modalità organizzative interne per la gestione delle procedure di gara e per la gestione della fase di esecuzione dei contratti;

d) tenuta ed aggiornamento dell'elenco dei fornitori;

e) procedure di affidamento del servizio di cassa;

f) affidamenti in economia <sup>(325)</sup>.

---

(325) Articolo così sostituito dall'*art. 64, L.R. 13 luglio 2007, n. 38*. Il testo originario era così formulato: «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, che è adottato, in quanto compatibile, anche dalle società della salute; il capitolato generale definisce anche con riguardo alle diverse tipologie di rapporti contrattuali, le condizioni e le clausole da inserire nei relativi contratti <sup>(326)</sup>.

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.

---

(326) Comma così modificato dall'art. 100, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

**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.

## **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, nonché le società della salute, 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 <sup>(327)</sup>.

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.

---

(327) Comma così modificato dall'*art. 101, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

### **Art. 137**

#### *Revisione degli statuti aziendali.*

1. Le aziende unità sanitarie locali provvedono all'adeguamento dei loro statuti entro il termine di cui all'articolo 142-bis, comma 6.

2. Le previsioni di cui all'articolo 40, comma 3, si attivano alla conclusione dei rapporti di lavoro in essere alla data di entrata in vigore della presente legge <sup>(328)</sup>.

---

(328) Articolo così sostituito dall'*art. 102, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*. Il testo originario era così formulato: «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. n. 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.

---

(giurisprudenza)

**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] <sup>(329)</sup>.

---

(329) La Corte costituzionale, con sentenza 20 aprile-5 maggio 2006, n. 181 (Gazz. Uff. 10 maggio 2006, n. 19, 1<sup>a</sup> serie speciale), ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del presente articolo. Successivamente il presente articolo è stato espressamente abrogato dall'*art. 22, comma 1, lettera b), L.R. 10 luglio 2006, n. 28.*

---

**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. n. 22/2000*, contenuto nella legislazione regionale vigente, si intende sostituito con il riferimento alla zona-distretto di cui all'articolo 32, comma 1] <sup>(330)</sup>.

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] <sup>(331)</sup>.

3. Il Piano sanitario regionale 2005- 2007 è approvato secondo le disposizioni degli articoli 21 e seguenti dal titolo III della *L.R. n. 22/2000*. La validità del Piano sanitario regionale 2005-2007 è prorogata all'anno 2009, fatto salvo il suo aggiornamento alla scadenza del triennio <sup>(332)</sup>.

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.

---

(330) Comma abrogato dall'art. 103, comma 1, *L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(331) Comma abrogato dall'art. 103, comma 2, *L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

(332) Comma così modificato dall'art. 103, comma 3, *L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

**Art. 142-bis**  
*Norme transitorie* <sup>(333)</sup>.

1. Il piano sanitario regionale e il piano integrato sociale regionale vigenti restano in ogni caso in vigore per un periodo di sei mesi dalla data di approvazione del programma regionale di sviluppo della legislatura successiva alla loro approvazione ai sensi dell'*articolo 10 della L.R. n. 49/1999*.
2. La Giunta regionale con propria deliberazione provvede annualmente all'attuazione dei piani di cui al comma 1 ai sensi dell'*articolo 10-bis della L.R. n. 49/1999*.
3. Fino all'individuazione delle zone-distretto con le modalità di cui all'articolo 64, comma 1, le stesse sono determinate dall'allegato A) della presente legge.
4. Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale, le società della salute, per la gestione delle attività di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettere c) e d), possono attivare la gestione diretta delle sole attività di assistenza sociale di cui alla lettera d), ed avvalersi dell'azienda unità sanitaria locale, tramite convenzione, per la gestione delle attività socio-sanitarie di cui alla lettera c).
5. Fino all'approvazione del piano sanitario e sociale integrato regionale con deliberazione del Consiglio regionale può essere prevista l'assegnazione delle funzioni di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettera c), limitatamente a quelle relative alla non autosufficienza e alla disabilità nonché essere individuate le attività di assistenza sociale di cui all'articolo 71-bis, comma 3, lettera d).
6. Le società della salute esistenti sono tenute ad adeguarsi alle disposizioni di cui al Capo III-bis del titolo V entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge; dopo tale termine, in caso di mancato adeguamento, alle società della salute non viene riconosciuto il contributo di cui all'articolo 143, comma 2-bis.
7. In fase di prima applicazione, le società della salute utilizzano il personale messo a disposizione dagli enti consorziati, salva l'esigenza di particolari professionalità non presenti o non disponibili negli enti stessi. Al personale assegnato si applica il CCNL del comparto di provenienza. Il personale mantiene il proprio rapporto giuridico con l'ente di provenienza e risponde dal punto di vista organizzativo al direttore della società della salute.
8. Le società della salute conformi alle disposizioni di cui al Capo III-bis del titolo V, previa adozione del regolamento di cui all'articolo 71-quindecies, provvedono all'assunzione del proprio personale ai sensi dell'articolo 71-sexies decies.
9. Le disposizioni di cui all'articolo 40-bis si applicano a decorrere dal centottantesimo giorno dalla data di entrata in vigore della presente legge. Agli effetti di quanto disposto dagli articoli 37, comma 7-ter e 40, comma 12, si tiene conto della durata complessiva dei mandati già svolti nei relativi incarichi anteriormente all'entrata in vigore della presente legge. I contratti dei direttori dei servizi sociali in essere alla data di entrata in vigore della presente legge rimangono comunque validi fino alla scadenza del termine di cui al comma 6.
10. Entro duecentosettanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta, ai sensi dell'articolo 134, comma 2, uno schema di capitolato speciale di riferimento per l'affidamento a soggetti terzi di servizi e prestazioni sociali e socio-sanitarie.

11. Entro novanta giorni dalla conclusione dell'esercizio finanziario 2010 la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale una relazione che illustra gli esiti del processo di costituzione delle società della salute, con particolare riferimento a:

a) la distribuzione geografica ed il grado di copertura del territorio regionale;

b) l'entità e la distribuzione territoriale dei contributi di cui all'articolo 143, comma 2-bis;

c) le criticità riscontrate in tale processo, con specifico riferimento alle motivazioni degli eventuali casi di mancata o parziale costituzione.

11-bis. In attesa della definizione dei piani annuali attuativi ed operativi locali di cui all'articolo 76-sexies, che sono approvati entro centottanta giorni dall'adozione del regolamento di cui all'articolo 76-undecies, l'attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza sul territorio regionale è assicurata dalle associazioni di volontariato autorizzate ai sensi della l.r 25/2001 e dai comitati della CRI che già esercitano l'attività alla data di entrata in vigore della presente legge <sup>(334)</sup>.

---

(333) Articolo aggiunto dall'*art. 104, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*, poi così modificato come indicato nella nota che segue.

(334) Comma aggiunto dall'*art. 12, L.R. 30 dicembre 2010, n. 70*.

---

#### **Art. 142-ter**

##### *Norma di prima applicazione dell'articolo 55-bis.*

1. Il direttore generale, compatibilmente con le esigenze organizzative aziendali, adotta, nel termine massimo di un anno dall'entrata in vigore del presente articolo, le misure di cui all'articolo 55-bis, commi 2 e 3, nei confronti del personale che si trova nelle condizioni di cui all'articolo 55-bis, comma 1.

2. Trascorsi novanta giorni dal termine di cui al comma 1, la Giunta regionale invia al Consiglio regionale una relazione nella quale si dà conto:

a) dei criteri adottati per la concreta individuazione dei casi e delle procedure per la verifica delle dichiarazioni degli interessati;

b) del numero dei casi individuati e dei casi in cui si è proceduto all'assegnazione ad altra struttura o alla mobilità interaziendale, evidenziando la motivazione quando ciò non è stato possibile;

c) di eventuali criticità incontrate nelle diverse fasi di applicazione della norma <sup>(335)</sup>.

---

(335) Articolo aggiunto dall'*art. 18, L.R. 9 novembre 2009, n. 65*.

---

**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.

2-bis. La Regione promuove la diffusione del modello delle società della salute attraverso l'erogazione di un contributo di primo avvio pari a euro 2.000.000,00 per l'anno 2008, euro 3.000.000,00 per l'anno 2009 e euro 3.000.000,00 per l'anno 2010, cui si fa fronte con le risorse allocate sulla UPB 2.4.3 "Organizzazione del sistema sanitario - Spese correnti" del bilancio di previsione 2008 e del bilancio pluriennale 2008-2010 <sup>(336)</sup>.

2-ter. La ripartizione tra le società della salute delle risorse di cui al comma 3 avviene sulla base dei seguenti criteri:

- a) 30 per cento suddiviso in parti uguali tra tutte le società della salute;
- b) 65 per cento suddiviso in proporzione al numero di abitanti di ciascuna zona;
- c) 5 per cento suddiviso in proporzione al numero di comuni di ciascuna zona <sup>(337)</sup>.

2-quater. Dall'anno 2009 la percentuale di cui alla lettera b) del comma 2-ter è fissata al 30 per cento in proporzione alla diminuzione relativa del tasso di ospedalizzazione per la popolazione della zona <sup>(338)</sup>.

---

(336) Comma aggiunto dall'art. 105, comma 1, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(337) Comma aggiunto dall'art. 105, comma 2, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

(338) Comma aggiunto dall'art. 105, comma 3, L.R. 10 novembre 2008, n. 60.

---

**Art. 143-bis**

*Nomina del consiglio sanitario regionale, della commissione regionale di bioetica e delle strutture regionali del governo clinico* <sup>(339)</sup>.

1. Non si applicano agli organismi di cui agli articoli 43, 51, comma 4, 81, 83 e 95, le seguenti disposizioni della *legge regionale 8 febbraio 2008, n. 5* (Norme in materia di nomine e designazioni e di rinnovo degli organi amministrativi di competenza della Regione):

a) articolo 1, comma 1-bis, lettera b), nella parte in cui sanziona con l'inammissibilità della designazione la mancata indicazione di un numero pari di nominativi di entrambi i generi da parte del soggetto designante;

b) articolo 11, comma 1, lettera g-bis);

c) articolo 13, comma 1, con riferimento a non più di due incarichi, qualora il nominato rinunci espressamente alla retribuzione spettante per uno di essi;

d) articolo 13, commi 4 e 5;

e) articolo 14, comma 1;

f) articolo 19, comma 1.

---

(339) Articolo aggiunto dall'art. 8, L.R. 3 maggio 2011, n. 16.

---

**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] <sup>(340)</sup>;

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.

---

(340) Le parole racchiuse fra parentesi quadre sono state abrogate dall'*art. 22, comma 1, lettera c)*, *L.R. 10 luglio 2006, n. 28*.

---

### **Art. 144-bis**

*Sostituzione dell'allegato A della L.R. n. 40/2005* <sup>(341)</sup>.

1. *L'allegato A della L.R. n. 40/2005* <sup>(342)</sup> è sostituito dall'allegato A della presente legge <sup>(343) (344)</sup>.

---

(341) Si riferisce all'allegato A alla presente legge.

(342) Si riferisce all'allegato A alla presente legge.

(343) Si riferisce all'*allegato A alla L.R. 10 novembre 2008, n. 60* (modificativa della presente legge).

(344) Articolo aggiunto dall'*art. 106, L.R. 10 novembre 2008, n. 60*.

---

Allegato A <sup>(345)</sup>

## **Gli ambiti territoriali del servizio sanitario regionale.**

### **Ambiti aziendali e zone-distretto**

<b>Azienda USL</b>	<b>Zone- distretto</b>	<b>Comuni</b>	<b>Prov</b>
Azienda USL 1 di Massa e Carrara	della Lunigiana	Aulla, Bagnone, Casola in Lunigiana, Comano, Filattiera, Fivizzano, Licciana Nardi, Mulazzo, Podenzana, Pontremoli, Tresana, Villafranca in Lunigiana, Zeri.	MS
Azienda USL 2 di Lucca	delle Apuane della Valle del Serchio	Carrara, Fosdinovo, Massa, Montignoso. Bagni di Lucca, Barga, Borgo a Mozzano, Camporgiano, Careggine, Castelnuovo di Garfagnana, Castiglione di Garfagnana, Coreglia Antelminelli, Fabbriche di Vallico, Fosciandora, Galliciano, Giuncugnano, Minucciano, Molazzana, Piazza al Serchio,	MS LU

			Pieve Fosciana, San Romano in Garfagnana, Sillano, Vagli di Sotto, Vergemoli, Villa Collemandina	
	della Piana di Lucca	di	Altopascio, Capannori, Lucca, Montecarlo, Pescaglia, Porcari, Villa Basilica.	LU
Azienda USL 3 di Pistoia	della Val di Nievole	di	Buggiano, Chiesina Uzzanese, Lamporecchio, Larciano, Massa e Cozzile, Monsummano Terme, Montecatini Terme, Pescia, Pieve a Nievole, Ponte Buggianese, Uzzano	PT
	Pistoiese		Abetone, Agliana, Cutigliano, Marliana, Montale, Pistoia, Piteglio, Sambuca Pistoiese, San Marcello Pistoiese, Serravalle Pistoiese, Quarrata	PT
Azienda USL 4 di Prato	Pratese		Cantagallo, Carmignano, Montemurlo, Poggio a Caiano, Prato, Vaiano, Vernio.	PO
Azienda USL 5 di Pisa	dell'Alta Val di Cecina	Val	Castelnuovo di Val di Cecina, Montecatini Val di Cecina, Pomarance, Volterra.	PI
	della Val d'Era		Bientina, Buti, Calcinaia, Capannoli, Casciana Terme, Chianni, Crespina, Laiatico, Lari, Palaia, Peccioli, Ponsacco, Pontedera, Santa Maria a Monte, Terricciola.	PI
	Pisana		Calci, Cascina, Fauglia, Lorenzana, Orciano Pisano, Pisa, San Giuliano Terme, Vecchiano, Vicopisano.	PI
Azienda USL 6 di Livorno	della Bassa Val di Cecina		Casale Marittimo, Castellina Marittima, Guardistallo, Montescudaio, Riparbella, Santa Luce.	PI
	della Val di Cornia	di	Bibbona, Castagneto Carducci, Cecina, Rosignano Marittimo. Monteverdi di Marittimo.	LI
	dell'Elba		Campiglia Marittima, Piombino, San Vincenzo, Sassetta, Suvereto.	LI
	Livornese		Campo nell'Elba, Capolivieri, Marciana, Marciana Marina, Porto Azzurro, Portoferraio, Rio Marina, Rio nell'Elba	LI
Azienda USL 7 di Siena	dell'Alta Val d'Elsa	Val	Capraia Isola, Collesalvetti, Livorno Casole d'Elsa, Colle di Val d'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli, San Gimignano	SI
	della Chiana Senese	Val	Cetona, Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano, San Casciano dei Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda.	SI
	dell'Amiata Senese e Val d'Orcia	Val	Abbadia San Salvatore, Castiglione d'Orcia, Montalcino, Piancastagnaio, Pienza, Radicofani, San Quirico d'Orcia	SI
	Senese		Asciano, Buonconvento, Castellina in Chianti, Castelnuovo Berardenga, Chiusdino, Gaiole	SI

		in Chianti, Monteriggioni, Monteroni d'Arbia, Monticiano, Murio, Radda in Chianti, Rapolano Terme, San Giovanni d'Asso, Siena, Sovicille.	
Azienda USL 8 di Arezzo	del Casentino	Bibbiena, Castelfocognano, Castel San Niccolò, Chitignano, Chiusi della Verna, Montemignaio, Ortignano Raggiolo, Poppi, Pratovecchio, Stia, Talla.	AR
	della Val Tiberina	Anghiari, Badia Tedalda, Caprese Michelangelo, Monterchi, Pieve Santo Stefano, Sansepolcro, Sestino	AR
	del Valdarno	Bucine, Castelfranco di Sopra, Cavriglia, Laterina, Loro Ciuffenna, Montevarchi, Pergine Valdarno, Pian di Scò, San Giovanni Valdarno, Terranuova Bracciolini.	AR
	della Val Chiana Aretina	Castiglion Fiorentino, Cortona, Foiano della Chiana, Lucignano, Marciano della Chiana.	AR
	Aretina	Arezzo, Capolona, Castiglion Fibocchi, Civitella in Val di Chiana, Monte San Savino, Subbiano.	AR
Azienda USL 9 di Grosseto	delle Colline Metallifere	Follonica, Govorranò, Massa Marittima, Monterotondo Marittimo, Montieri, Scarlino.	GR
	delle Colline dell'Albegna	Capalbio, Isola del Giglio, Magliano in Toscana, Manciano, Monte Argentario, Orbetello, Pitigliano, Sorano	GR
	dell'Amiata Grossetana	Arcidosso, Castel del Piano, Castell'Azzara, Cinigiano, Roccalbegna, Santa Fiora, Seggiano, Semproniano.	GR
	Grossetana	Campagnatico, Castiglion della Pescaia, Civitella Paganico, Grosseto, Roccastrada, Scansano.	GR
Azienda USL 10 di Firenze	Firenze	Firenze	FI
	Fiorentina Nord-Ovest	Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa, Vaglia.	FI
	Fiorentina Sud-Est	Bagno a Ripoli, Barberino Val d'Elsa, Figline Valdarno, Greve in Chianti, Impruneta, Incisa, Pelago, Pontassieve, Reggello, Rignano sull'Arno, Rufina, San Casciano Val di Pesa, Tavarnelle Val di Pesa.	FI
	del Mugello	Barberino di Mugello, Borgo San Lorenzo, Dicomano, Firenzuola, Londa, Marradi, Palazzuolo sul Senio, San Godenzo, San Piero a Sieve, Scarperia, Vicchio.	FI
Azienda USL 11 di Empoli	Empolese	Capraia e Limite, Castelfiorentino, Cerreto Guidi, Certaldo, Empoli, Gambassi Terme, Montaione, Montelupo Fiorentino,	FI

	Valdarno Inferiore	Montespertoli, Vinci. Furecchio	FI
Azienda USL 12 di Viareggio	della Versilia	Castelfranco di Sotto, Montopoli in Val d'Arno, San Miniato, Santa Croce sull'Arno. Camaione, Forte dei Marmi, Massarosa, LU Pietrasanta, Seravezza, Stazzema, Viareggio.	

### **Le aziende regionali ospedaliero-universitarie ed i presidi ospedalieri gestiti**

<i>Azienda ospedaliero-universitaria</i>	<i>Presidio ospedaliero gestito</i>
<i>Azienda Pisana</i>	<i>ospedaliero-universitaria Ospedali Pisani</i>
<i>Azienda Senese</i>	<i>ospedaliero-universitaria Ospedale Senese Le Scotte</i>
<i>Azienda Careggi</i>	<i>ospedaliero-universitaria Complesso Ospedaliero Careggi - CTO</i>
<i>Azienda Meyer</i>	<i>ospedaliero-universitaria Ospedale Pediatrico «A. Meyer»</i>

---

(345) Allegato così sostituito dall'art. 144-bis della presente legge (aggiunto dall'art. 106, L.R. 10 novembre 2008, n. 60).